
О.В. Колишкін

КОРЕКЦІЙНА ОСВІТА

Вступ до спеціальності

Навчальний посібник

Рекомендовано Міністерством освіти і науки,
молоді та спорту України як навчальний посібник
для студентів вищих навчальних закладів



Суми
Університетська книга
2013

УДК 376.1+37.015.3+613.955(075.8)
ББК 74.3я73
К 60

Рекомендовано до друку вченою радою Сумського державного педагогічного університету ім. А.С. Макаренка. Протокол № 11 від 23.04.2012 р.

Рецензенти:

С.П. Миронова, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри корекційної педагогіки та інклюзивної освіти Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка;

В.В. Тарасун, доктор педагогічних наук, професор, головний науковий співробітник лабораторії корекції розвитку дітей з аутизмом Інституту спеціальної педагогіки НАПН України;

А.А. Сбруєва, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки СумДПУ ім. А.С. Макаренка;

В.О. Луна, кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри корекційної педагогіки і спеціальної психології Слов'янського державного педагогічного університету

Гриф надано Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України. Лист № 1/11-19477 від 18.12.2012 р.

Колишкін О. В.

К 60 Вступ до спеціальності „Корекційна освіта” : навч. посіб. /
О. В. Колишкін. — Суми : Університетська книга, 2013. — 392 с.
ISBN 978-966-680-628-7

У посібнику висвітлюються теоретичні основи корекційної педагогіки, її мета та завдання, основні аспекти предметного поля діяльності. Надається психолого-педагогічна характеристика різних категорій дітей з порушеннями психофізичного розвитку, охарактеризовано навчально-виховні заклади для дітей різних нозологій, визначено вимоги до особистості та професійної підготовки фахівців-дефектологів.

Для студентів вищих педагогічних навчальних закладів, учителів загально-освітніх шкіл, вихователів, працівників психолого-медико-педагогічних консультацій, практичних працівників спеціальних ЗОШ, а також батьків, які мають дітей з порушеннями психофізичного розвитку, та всіх зацікавлених осіб.

УДК 376.1+37.015.3+613.955(075.8)
ББК 74.3я73

ISBN 978-966-680-628-7

© Колишкін О.В., 2013

© ТОВ “ВТД “Університетська книга”, 2013

ЗМІСТ

Передмова	7
Розділ I. Загальні основи корекційної педагогіки	13
1.1. Корекційна педагогіка як наука, її мета та завдання.....	13
1.2. Основні поняття та педагогічні категорії корекційної педагогіки.....	21
1.3. Основні принципи та методи корекційної педагогіки.....	30
1.4. Історія розвитку системи навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку.....	40
Розділ II. Види, причини та класифікація порушень у розвитку людини	54
2.1. Поняття про порушення в розвитку людини та їх причини.....	54
2.2. Класифікація дітей з порушеннями в розвитку.....	59
2.3. Структура та закономірності порушеного розвитку.....	63
2.4. Рухові порушення та їх оцінка в структурі порушеного розвитку.....	72
Розділ III. Психолого-педагогічна характеристика дітей із сенсорними порушеннями	76
3.1. Загальна характеристика дітей з порушенням слуху.....	76
3.2. Особливості психічного розвитку дітей з порушенням слуху.....	83
3.3. Причини порушення слухового аналізатора.....	85
3.4. Загальна характеристика дітей з порушенням зору.....	90
3.5. Особливості психічного розвитку дітей з порушенням зору.....	99
3.6. Причини порушення зорового аналізатора.....	102
Розділ IV. Психолого-педагогічна характеристика дітей з порушеннями інтелектуального розвитку	110
4.1. Клініка та етіологія розумової відсталості.....	110
4.2. Характеристика ступенів інтелектуального порушення.....	113
4.3. Особливості психічного розвитку дітей з порушенням інтелектуального розвитку.....	121
4.4. Клініко-педагогічна класифікація дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.....	123

Розділ V. Психолого-педагогічна характеристика	
дітей із затримкою психічного розвитку.....	138
5.1. Поняття про затримку психічного розвитку та її класифікація.....	138
5.2. Загальна психолого-педагогічна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку.....	147
5.3. Організація та зміст корекційно-розвивального навчання дітей із затримкою психічного розвитку.....	155
Розділ VI. Психолого-педагогічна характеристика	
дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.....	158
6.1. Види порушень опорно-рухового апарату.....	158
6.2. Загальна характеристика дітей з дитячими церебральними паралічами (ДЦП).....	158
6.3. Структура рухового дефекту при ДЦП.....	168
6.4. Зміст корекційної роботи при ДЦП.....	171
Розділ VII. Психолого-педагогічна характеристика	
дітей з мовленнєвими порушеннями.....	175
7.1. Загальні уявлення про порушення мовлення та їх причини.....	175
7.2. Класифікація порушень мовлення.....	178
7.3. Основні види логопедичної допомоги дітям, які мають мовленнєві порушення.....	184
Розділ VIII. Психолого-педагогічна характеристика	
дітей з порушенням спілкування та поведінки.....	187
8.1. Поняття про синдром раннього дитячого аутизму (РДА) та причини його виникнення.....	187
8.2. Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей з РДА.....	190
8.3. Загальна характеристика дітей з порушеннями поведінки.....	195
8.4. Основні синдроми відхилення в дітей і підлітків.....	199
Розділ IX. Психолого-педагогічна характеристика	
дітей з комплексними порушеннями в розвитку.....	208
9.1. Поняття про складні порушення в розвитку.....	208
9.2. Класифікація дітей з комплексними (складними) порушеннями.....	210
9.3. Психолого-педагогічні основи розвитку та навчання осіб зі складним дефектом.....	212

Розділ X. Система навчання та виховання дітей	
з порушеннями психофізичного розвитку.....	220
10.1. Основні положення системи навчання та виховання дітей з обмеженими можливостями.....	220
10.2. Структура та форми корекційної освіти.....	222
10.3. Типи закладів для дітей з порушеннями психофізичного розвитку.....	226
10.4. Загальна характеристика принципів виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку.....	236
10.5. Особливості процесу навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку.....	238
Розділ XI. Відбір дітей до спеціальних закладів.....	246
11.1. Принципи відбору дітей до спеціальних закладів.....	246
11.2. Діяльність психолого-медико-педагогічної консультації.....	247
11.3. Роль педагога загальноосвітніх закладів у вирішенні проблеми відбору дітей.....	250
Розділ XII. Особи з порушеннями психофізичного розвитку в умовах інклюзивної освіти.....	254
12.1. Поняття про інклюзивну освіту, її мета та завдання.....	254
12.2. Досвід реалізації інклюзивної освіти в країнах Європи.....	262
12.3. Інклюзивна освіта в Україні	270
Розділ XIII. Соціальна реабілітація як важлива галузь соціалізації осіб з обмеженими можливостями.....	277
13.1. Сутність і зміст соціальної реабілітації.....	277
13.2. Основні напрями та принципи побудови процесу соціальної реабілітації.....	280
13.3. Технології соціальної реабілітації з різними категоріями осіб з обмеженими можливостями.....	285
Розділ XIV. Професіограма вчителя-дефектолога.....	297
14.1. Роль учителя в навчанні, вихованні й розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку.....	297
14.2. Вимоги до особистості педагога-дефектолога.....	299
14.3. Педагогічна деонтологія вчителя-дефектолога.....	302
14.4. Професійні якості педагога-дефектолога.....	307
Розділ XV. Сучасні підходи до розвитку корекційної освіти.....	313
15.1. Сучасна стратегія розвитку корекційної освіти в Україні.....	313

15.2. Модель діяльності сучасного вчителя-дефектолога.....	316
15.3. Особливості професійної діяльності корекційного педагога в роботі із сім'ями, що виховують дітей з особливими потребами.....	320
Комплексні контрольні тестові завдання з курсу.....	333
Бібліографічний список.....	378
Основна використана література.....	378
Рекомендована література.....	381
Предметний покажчик.....	386
Іменний покажчик.....	390

Передмова

Процеси гуманізації суспільного життя, які нині відбуваються, вимагають створення належних умов для соціальної адаптації та інтеграції мільйонів осіб з обмеженими можливостями. Гуманізація процесу навчання у наш час означає, в першу чергу, посилення уваги до формування особистості, розвитку кожної дитини, у тому числі з порушеннями психофізичного розвитку.

Першочерговим завданням соціальної політики держави є забезпечення нормальних умов життєдіяльності та повноцінної адаптації таких дітей у соціумі, що й передбачено урядовою програмою „Діти України”, „Національною доктриною розвитку освіти України в XXI столітті”. Провідною ідеєю досліджень останніх років є орієнтація на ефективне використання збережених аналізаторів і функцій із компенсаторно-корекційним навантаженням, цілеспрямований розвиток психічних процесів, що зумовлюють рівень опанування дітьми знань, умінь і навичок та відповідну освіченість та інтеграцію їх у суспільство.

У Декларації ООН про права інвалідів (1975, 2.1) визначено, що „інваліди мають невід’ємне право на повагу до їх людської гідності незалежно від походження, характеру та серйозності ушкоджень..., цивільні й політичні права, право на економічне та соціальне забезпечення, на медичне, психічне або функціональне лікування, на відновлення здоров’я та становище в суспільстві, на освіту, професійну підготовку й відновлення працездатності; на допомогу, консультації, на послуги з працевлаштування та інші види обслуговування, які дозволять їм максимально проявити свої можливості й здібності та прискорять процес їх соціальної інтеграції і реінтеграції”.

Тільки останнім часом в нашій країні суспільство помітило величезний соціальний прошарок осіб, які мають виражені порушення в стані здоров’я. На початку XXI ст., за оцінками ВООЗ, 10% населення земної кулі є „недієздатними” особами, з яких 100 млн – діти з обмеженими можливостями. На сьогодні у світі налічується 250 мільйонів дітей з обмеженими можливостями віком до 14 років. В Україні на сьогоднішній день – 2,5 млн осіб з обмеженими можливостями, з яких 1,2 млн – інваліди I та II груп, з них 120 тис. інвалідів дитинства.

Статистичні дані свідчать про те, що в Україні катастрофічно збільшується питома вага дітей з обмеженими можливостями. І хоча в

країні функціонує 396 шкіл-інтернатів відповідно до восьми категорій дітей з особливостями психофізичного розвитку (понад 60 тис. дітей) та успішно діють понад 40 навчально-реабілітаційних закладів як державного, так і громадського підпорядкування, цього не вистачає для забезпечення комплексу особливих потреб дітей даної категорії.

Створення оптимальних умов для життєдіяльності, відновлення втраченого контакту з навколишнім світом, успішного лікування, корекції та наступної психолого-педагогічної і фізичної реабілітації, соціально-трудової адаптації та інтеграції осіб з обмеженими можливостями, особливо дітей, є одним із першочергових державних завдань.

Збільшення кількості дітей із відхиленнями в розвитку та поведінці, а також кількості учнів із соціальною девіацією та шкільною дезадаптацією, призвело до необхідності відкриття додаткових спеціальних (корекційних) освітніх установ, створення в загальноосвітніх школах класів вирівнювання, компенсуючого та корекційно-розвивального навчання.

Нові підходи до вивчення порушень психофізичного розвитку, їх структури, глибини та потенційних можливостей дітей зазначеної категорії потребують ґрунтовного дослідження всіх компонентів корекційної освіти (змісту, форм, методів), запровадження інноваційних технологій і нових комплексних програм щодо корекційної роботи з такими дітьми. Це обумовлює необхідність проведення докорінних змін у системі професійної підготовки дефектологів.

Тривалий досвід роботи системи спеціальних (корекційних) шкіл свідчить, що особи з порушенням психофізичного розвитку здатні певною мірою робити свій внесок у розвиток суспільства, підвищувати (за допомогою фахівців) рівень власної соціальної компетентності. „Чим нижчий рівень психологічного розвитку дитини, тим вищим повинен бути рівень освіти педагога”, – писав відомий німецький педагог-дефектолог П. Шуман на початку ХХ століття.

Одним із найважливіших чинників прогресивного розвитку суспільства є гуманне, милосердне та дбайливе ставлення до дітей і молоді, позбавлених можливості вести повноцінне життя внаслідок вад фізичного та психічного розвитку. На жаль, в Україні історично склалася ситуація, за якої ця категорія дітей та молоді протягом тривалого часу залишалася соціально незахищеною і певною мірою ізольованою від соціуму. Відкрите обговорення проблем осіб з

обмеженими можливостями було непопулярним у суспільстві. Діти-інваліди, перебуваючи в умовах інтернатного закладу або на вихованні в сім'ї, позбавлені можливості вести повноцінний спосіб життя, виявляються невідготовленими до нього у відкритому середовищі.

Найголовнішими проблемами, які потребують негайного вирішення, залишається проблема соціальної ізоляції дітей з особливими потребами й надзвичайно складні умови існування сімей, які виховують дітей-інвалідів. Ці проблеми є своєрідним індикатором зрілості та цивілізованості будь-якої держави. В Україні налічується понад 160 тис. дітей-інвалідів до 16 років.

Останнім часом в Україні активізувалася робота, спрямована на адаптацію осіб з обмеженими можливостями до суспільства. Найважливішим аспектом цієї адаптації є забезпечення умов для отримання ними освіти та фахової підготовки відповідно до їхніх можливостей.

Згідно з демократичними та гуманістичними світовими стандартами нині людство переходить до нові світоглядної парадигми – „єдине суспільство, яке складається з людей з різноманітними проблемами”. Сучасною світовою тенденцією є прагнення до деінституалізації та соціального інтегрування осіб з особливостями психофізичного розвитку. Формується нова культурна й освітня норма – повага до людей фізично та інтелектуально неповносправних.

Ратифікувавши основні міжнародні правові документи (Декларації ООН про права людини, про права інвалідів, Конвенцію ООН про права дитини), Україна взяла на себе зобов'язання щодо дотримання загальнолюдських прав, зокрема щодо здобуття якісної освіти дітьми з особливими освітніми потребами, у тому числі дітьми з порушеннями психофізичного розвитку.

Успішне запровадження інклюзивного навчання для дітей з особливими потребами вимагає вирішення відповідних завдань на державному рівні, а саме: формування нової філософії державної політики щодо дітей з особливими освітніми потребами, удосконалення нормативно-правової бази відповідно до міжнародних договорів у сфері прав людини, реалізація та поширення моделі інклюзивного навчання дітей у дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах.

Водночас, на сьогодні організаційно-методичні засади навчального процесу в загальноосвітніх школах орієнтовані на дитину, яка нормально розвивається, без урахування особливостей

психофізичного розвитку дітей з особливими потребами. Невідповідність форм і методів педагогічного впливу на таких дітей може створювати передумови для формування у них негативного ставлення до навчання, девіантної поведінки.

Інклюзивне навчання повною мірою не є альтернативою корекційній освіті, проте воно значно розширює її можливості. Школи з інклюзивним навчанням мають працювати в тісному контакті зі спеціальними загальноосвітніми навчальними закладами, використовуючи напрацьовані методики роботи з дітьми тієї чи іншої нозології, залучати до консультування спеціалістів із багаторічним досвідом роботи з такою категорією дітей. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває організація своєчасного системного психолого-педагогічного супроводу учнів з порушеннями розвитку.

Приведення системи освітньої роботи у відповідність до потреб сім'ї та змісту сучасних корекційно-освітніх послуг, обов'язкове включення батьків у процес навчання та виховання дитини може здійснюватися тільки в контексті спільної взаємодії педагогів, батьків, психологів, медичних працівників, а також різних інституцій, котрі опікуються долею таких дітей.

Важливу роль у досягненні гуманітарного, соціального та економічного розвитку осіб з особливими потребами відіграє інклюзивне навчання. Спільна освіта дітей з обмеженими можливостями та їх здорових однолітків є основою їхньої інтеграції та соціальної адаптації.

Інклюзивна школа – це заклад освіти, відкритий для навчання всіх дітей, незалежно від їхніх фізичних, інтелектуальних, соціальних чи інших особливостей. Він повинен забезпечувати безбар'єрне середовище, адаптовані навчальні програми та плани, методи та форми навчання, залучення батьків, співпрацю з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей. На найближчу перспективу – кожний навчальний заклад має відповідати потребам дитини з різними порушеннями психофізичного розвитку.

Разом з тим, упровадження інтегрованого та інклюзивного навчання потребує створення відповідного освітнього середовища, забезпечення наукового супроводу, створення навчальних програм, навчального методичного забезпечення.

Ключовим фактором розвитку інклюзивної освіти має бути відповідна підготовка педагогів до роботи з дітьми з особливими потребами.

Свого часу Л.С. Виготський підкреслював основоположну роль соціального, педагогічного чинника в подоланні порушень розвитку дитини, викликаних біологічними причинами, указуючи, що, „ймовірно, людство переможе раніше або пізніше і сліпоту, і глухоту, і слабоумство. Але набагато раніше воно переможе їх соціально і педагогічно, ніж медично та біологічно. Можливо, що недалеко той час, коли педагогіка соромитиметься самого слова „дефективна” дитина як указівки на якийсь недолік його природи, який не усувається” (Л.С. Виготський, 1924).

Для вирішення цього завдання необхідний висококваліфікований, творчий, цілеспрямований підхід педагога-дефектолога до своєї справи. Особи, що вирішили присвятити себе благородній справі – роботі з дітьми, які мають порушення психофізичного розвитку, повинні оволодіти основами своєї спеціальності. Зі студентської лави можна долучатися до науково-дослідної творчості з вивчення актуальних, практично важливих проблем дефектології, загальної психології та педагогіки, медичних наук.

Професійна діяльність дефектолога виходить за межі традиційної вчительської діяльності з огляду на тісну взаємодію з різними видами соціально-педагогічної, реабілітаційної, консультативно-діагностичної, психотерапевтичної діяльності.

Навчальний курс **„Вступ до спеціальності Корекційна освіта”** спрямований на оволодіння майбутніми дефектологами базовими знаннями про клініко-психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями психофізичного розвитку, вивчення закономірностей їхнього розвитку, навчання й виховання, про сучасну систему спеціальних навчально-виховних закладів, оволодіння вимогами до професійно значущих особистісних якостей, знань та вмінь фахівців-дефектологів.

Мета даного навчального курсу – сформувані гуманістично зорієнтований професійний світогляд спеціаліста, який розуміє та сприймає проблеми дітей з порушеннями психофізичного розвитку, сприяє їх вирішенню.

Творчо, активно опановуючи систему наукових знань, виробляючи необхідні для майбутньої професійної діяльності різноманітні уміння, студент-дефектолог зможе стати висококваліфікованим фахівцем, принести величезну користь дітям, суспільству, стати справжнім Учителем.

Посібник призначений для студентів вищих педагогічних навчальних закладів за напрямом підготовки „Корекційна освіта”, а також буде корисним для студентів напрямів підготовки „Соціальна педагогіка”, „Дошкільна освіта”, „Початкова освіта”, „Практична психологія”, „Здоров’я людини” та ін., які вивчають предмет „Основи корекційної педагогіки”. Навчальний посібник закладає фундамент для формування цілісної системи професійної компетенції.

Знання основ корекційної педагогіки допоможе майбутнім педагогам на більш ранніх етапах навчання виявляти причини неуспішності учнів загальноосвітніх шкіл і своєчасно рекомендувати батькам таких учнів індивідуальну форму навчання, запропонувати сучасну систему освітньо-корекційних послуг, застосовувати індивідуальний підхід до них в умовах загальноосвітніх навчальних закладів.

Посібник розрахований на вихователів дошкільних навчальних закладів, учителів масових загальноосвітніх шкіл, працівників психолого-медико-педагогічних консультацій, практичних працівників спеціальних загальноосвітніх шкіл, а також батьків, які мають дітей із порушеннями психофізичного розвитку, та всіх зацікавлених осіб.

РОЗДІЛ I. ЗАГАЛЬНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЙНОЇ ПЕДАГОГІКИ

1.1. Корекційна педагогіка як наука, її мета та завдання

Протягом останніх років фахівці працюють над упорядкуванням понятійно-термінологічного словника корекційної педагогіки, зокрема переглядом титульної назви цієї педагогічної галузі. Упродовж семидесяти років у нашій країні для цього використовувався термін „дефектологія” як титульна назва теоретичної і практичної галузі спеціальної освіти осіб із відхиленнями в розвитку. Паралельно з ним і більшою мірою стосовно науки використовуються також два тісно пов’язаних між собою терміни: „корекційна педагогіка” та „спеціальна психологія”.

Корекційна педагогіка (дефектологія) – наука про психофізіологічні особливості розвитку дітей із фізичними та психічними вадами, закономірності їхнього виховання, освіти та навчання (Український дефектологічний словник, 2001). Згідно з державною класифікацією наукових спеціальностей в Україні корекційна педагогіка є самостійною галуззю педагогічних наук і складається з низки спеціальних педагогічних дисциплін, кожна з яких вивчає педагогічні проблеми конкретних категорій дітей з обмеженими можливостями.

Спеціальна (корекційна) педагогіка – це багатогалузева наука, що вивчає психофізіологічні особливості розвитку дітей з обмеженими можливостями та займається розробленням проблем їхнього виховання, навчання й корекції онтогенетичних недоліків. Вона забезпечує наукові основи роботи спеціальних освітніх корекційних шкіл і дошкільних установ, класів корекції (класів вирівнювання, компенсуючого навчання), логопедичних пунктів, спеціальних дошкільних груп при масових школах і дитячих дошкільних установах, які займаються вирішенням як загальних педагогічних завдань (всебічний розвиток і гуманістичне виховання особистості, навчання, трудове навчання, профорієнтація), так і специфічних: корекція порушень розвитку; корекційне навчання й виховання; лікувально-профілактична робота; професійна підготовка за доступною спеціальністю; соціокультурна інтеграція та адаптація (В.О. Липа, 2002).

Корекційна педагогіка – це педагогічна наука про сутність та закономірності освіти, навчання і виховання дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями, шляхи корекції порушень їхнього

психофізичного розвитку (С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвеева, 2010).

Спеціальна психологія – галузь психологічної науки, яка вивчає людей, які мають відхилення від нормального психічного розвитку, що пов'язане з уродженими або набутими порушеннями формування нервової системи.

З початку 90-х рр. термін „корекційна педагогіка” паралельно та неправомірно використовується загальною педагогікою для позначення галузі педагогічної допомоги дітям і підліткам без стійких відхилень у розвитку, які відчують адаптаційні труднощі в освітніх закладах загального призначення. При цьому поняття „корекція” стосується не дитини, а того соціального та освітнього середовища масової школи, яка є дискомфортною для ряду дітей. Змістовно в корекційній педагогіці йдеться про „корекцію середовища” для зняття синдрому шкільної дезадаптації в учнів та забезпечення для них можливості засвоєння освітнього стандарту загального призначення.

О.І. Кукушкіна (2002) зазначає, що терміни „спеціальна педагогіка” і „корекційна педагогіка” сьогодні використовуються в науковому і соціальному контексті як синоніми для позначення галузі педагогіки, яка вивчає умови навчання і виховання, необхідні дітям з різноманітними психофізичними вадами для досягнення максимально можливого особистісного розвитку, освіти і готовності до самостійного дорослого життя.

Сучасна зарубіжна корекційна педагогіка відрізняється в більшості розвинених країн світу гуманним, коректним та тактичним професійно-педагогічним словником, особливо в тій його частині, яка використовується в соціальному, юридичному, педагогічному, філософському аспекті.

В.М. Синьов (2004) стверджує, що терміни „корекційна” і „спеціальна” педагогіка дуже близькі за змістом, проте не тотожні, тому що корекційна педагогіка виходить за межі роботи з дітьми, які потребують корекційно-виховних впливів лише у спеціальних освітніх закладах, охоплюючи більш широку соціальну сферу. Крім того, термін „спеціальний освітній заклад” вживається не тільки для позначення установи, де навчаються і виховуються діти і дорослі з глибокими порушеннями процесів розвитку і соціалізації. Некоректним є обмеження сфери функціонування корекційної педагогіки, лише певним типом аномального розвитку.

У загальній теорії дефектології цілком правильно вважається, що, якщо компенсаторна перебудова функцій життєдіяльності не

відбувається автоматично, необхідна спеціальна педагогічна робота, спрямована на управління внутрішніми процесами компенсації, формування способів останньої; робота, яка ґрунтується на глибинному розумінні складності цих процесів, можливостей і небезпеки виникнення так званих „псевдокомпенсаторних утворень”, які не поліпшують, а навпаки, ускладнюють повноцінну соціальну адаптацію особистості: „педагогічний вплив з метою відновлення порушених і розвитку ще несформованих функцій передбачає застосування спеціальної системи навчання, виховання і розвитку аномальних дітей, у ході якої формуються способи компенсації” (Дефектологічний словник, 1970).

Зазначена спеціальна система навчання, виховання і розвитку аномальних дітей і є тією системою, яку вивчає корекційна педагогіка, на що однозначно вказує створений колективом українських вчених-дефектологів понятійно-термінологічний словник, у якому у статті „Компенсація” зазначено: „Принцип компенсації є системоутворюючим в організації корекційної освіти аномальних дітей” (В.М. Синьов, 2004).

Оскільки проблемним полем педагогіки є соціалізація людини, яка зростає, особистості, що формується, то відповідно саме те коло осіб, якому адресована корекційна педагогіка, повинне володіти узагальненими соціально-педагогічними, а не медичними позначеннями, які відображають можливості людини в соціальному адаптуванні, розвитку, що досягається засобами освіти.

Процесами як розвитку, так і соціалізації управляє спеціальна цілеспрямована людська діяльність – виховання, яке покликане формувати готовність людини до ефективного виконання соціально і особистісно значущих видів діяльності та поведінки. Саме виховання у широкому розумінні цього поняття є предметом педагогіки як науки і сфери практичної діяльності, і в цьому розумінні воно підпорядковує собі інші основні педагогічні категорії – освіту, навчання, виховання у більш вузькому, конкретному значенні, розвиток здібностей (В.М. Синьов, 2004).

Детермінанти порушень процесу соціалізації досить різноманітні, і вони можуть бути пов’язані переважно з біологічними факторами (різні форми дизонтогенезу – недорозвиток, затриманий, дефіцитарний, викривлений, дисгармонійний розвиток тощо), або із суто соціальними (педагогічна занедбаність, негативний вплив мікросередовища, дидактогенні ускладнення поведінки, які викликають реакцію протесту, депривація потреб у самореалізації,

схваленні тощо) – усе це призводить до явища відчуження особистості від соціуму, яке лежить у основі розвитку асоціальної поведінки.

Як стверджує В.М. Синьов (2004), у всіх таких випадках виховання як управління соціалізацією потребує особливих зусиль для корекції цього процесу, тобто набуває характеру корекційного виховання.

Найчастіше в педагогічній думці корекційне виховання, корекційну педагогіку пов'язують зі сферами дефектологічної науки і практики (сурдопедагогікою, тифлопедагогікою, логопедагогікою, корекційною психопедагогікою, ортопедагогікою та ін.).

Корекційна педагогіка, завдання якої полягає в поліпшенні (коригуванні) процесів соціалізації і розвитку особистості в разі суттєвих утруднень, що виникають, включає у сферу своєї компетенції й ту галузь педагогічної практики і теорії, яка має назву реабілітаційної педагогіки.

На сучасному етапі розвитку суспільства має місце певне ототожнення понять „реабілітаційна педагогіка”, „корекційна педагогіка”, „спеціальна педагогіка” у зв'язку зі створенням і розвитком в Україні мережі реабілітаційних центрів як багатопрофільних навчально-виховних закладів для різних категорій дітей дошкільного і шкільного віку з обмеженими фізичними чи розумовими можливостями, а також для соціально-психологічної, медичної, трудової реабілітації дорослих інвалідів. Уся реабілітаційна і абілітаційна робота таких центрів, якщо у ній використовуються засоби педагогічного впливу на особу (надання загальної і професійної освіти, фізичне, трудове, естетичне, моральне, правове виховання, розвиток здібностей, навчання спілкування, самопізнання і самовдосконалення, самоуправління поведінкою тощо), що ґрунтується на глибокому розумінні особливостей розвитку особистості при тих або інших структурах дефекту і на індивідуальному підході до об'єктів освіти і виховання має яскраво виражений корекційний характер, тобто спрямована на поліпшення процесів розвитку та соціалізації людини (В.М. Синьов, 2004).

Отже, стосовно дітей, охоплених діяльністю таких центрів, ми маємо справу зі сферою компетенції корекційної педагогіки, а щодо дорослих – корекційної андрогогіки.

Як зазначає В.М. Синьов (2004), „реабілітаційна” і „корекційна” педагогіка не тотожні поняття: можна говорити лише про реабілітаційні функції корекційної педагогіки – коли йдеться про

поновлення педагогічними засобами спроможності людини виконувати ту або іншу соціальну роль внаслідок суттєвого порушення фізичного або психічного розвитку.

Обов'язком суспільства є активний вплив на розвиток і соціалізацію дітей з порушеннями психофізичного розвитку з тим, щоб коригувати ці процеси з метою реабілітації прав дитини, неповноцінної розумово або фізично, на достойне життя в суспільстві, на пріоритетне задоволення особливих потреб такої дитини в галузі освіти, зокрема професійної, підготовки до трудової діяльності тощо.

Предметом дослідження корекційної педагогіки, як галузі наукового пізнання, є процес диференціації навчання, виховання й розвитку дітей із фізичними та психічними вадами, визначення найрезультативніших шляхів, способів та засобів, спрямованих на своєчасне виявлення, попередження й подолання відхилень у розвитку та поведінці в даних дітей і підлітків. Залежно від характеру порушень одні дефекти в розвитку дітей можуть повністю долатися, інші – лише коригуються, а деякі – компенсуються.

В.М. Синьов (2004), визначаючи предмет корекційної педагогіки, підкреслює, що специфіку соціалізації, а отже, і розвитку людини, зумовлюють не тільки біологічні (у т.ч. патобіологічні), а й соціальні фактори в їх нерозривній взаємодії. Тому, на його думку, є всі підстави вважати предметом корекційного виховання всі ті випадки суттєво викривленого, ушкодженого з різних причин процесу становлення особистості, які потребують спеціальних цілеспрямованих педагогічних впливів (при цьому не виключається поєднання таких впливів із психологічними та медичними) для поліпшення перебігу і результатів процесів соціалізації та розвитку індивіда, виправлення недоліків цих процесів.

Корекційна педагогіка є самостійною галуззю в системі педагогічних наук. Як і будь-яка педагогічна наука, вона користується її термінологією, має із загальною педагогікою спільний предмет (виховання і розвиток особистості) і єдину мету. Водночас корекційна педагогіка – це самостійна наука, яка має свою концепцію, розв'язує певні завдання і об'єднує кілька самостійних галузей:

- **сурдопедагогіка** – вивчає питання виховання й навчання дітей з порушеннями слуху;
- **тифлопедагогіка** – займається питаннями виховання й навчання дітей з порушеннями зору;

- **корекційна психопедагогіка** (олігофренопедагогіка) – вивчає питання виховання й навчання дітей з порушеннями інтелекту;
- **логопедагогіка** – досліджує питання вивчення й виправлення порушень мовлення в дітей та дорослих, особливості навчання й виховання дітей з особливостями мовленнєвого розвитку;
- **ортоспедагогіка** – вивчає питання виховання й навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

У корекційній педагогіці триває процес диференціації, виникають нові напрями наукових досліджень (наприклад, вивчення дітей із затримкою психічного розвитку, з руховими порушеннями, також з різними складними дефектами – сліпоглухонімота, сліпота або глухонімота з інтелектуальними порушеннями та ін.). На сучасному етапі розвитку корекційної педагогіки як самостійні теорії й педагогічні системи спеціальної корекційно-реабілітаційної освіти виокремилися такі її галузі (В.М. Синьов, 2007):

- навчання і виховання дітей із затримкою психічного розвитку;
- навчання, виховання і корекція розвитку дітей з емоційними порушеннями (зокрема, при аутизмі та аутистичних рисах особистості);
- навчання і виховання дітей зі складними, комплексними порушеннями розвитку;
- навчання і виховання дітей із вираженою девіантною поведінкою.

Корекційна педагогіка включає також **спеціальну психологію**, яка вивчає психологічні особливості дітей з обмеженими можливостями.

Використовуючи різні методи наукового дослідження, учені-дефектологи вивчають об'єктивні закономірності розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку, обґрунтовують та вдосконалюють систему їх виховання та навчання. Розробляючи зміст, принципи, форми і методи виховання та навчання дітей з обмеженими можливостями, сучасна дефектологія виходить із можливості суттєвого розвитку їх пізнавальної діяльності в умовах спеціально організованого навчально-виховного процесу.

Навчання в спеціальній педагогіці має специфічний характер, який визначається глибиною і характером дефекту дитини. Причому загальнопедагогічні методи і прийоми, організація навчального

процесу диференціюються залежно від галузей корекційної педагогіки (сурдо-, тифло- або корекційної психопедагогіки). Розвивальний характер навчання дітей з відхиленнями в розвитку припускає урахування зони найближчого розвитку (за Л.С. Виготським), той запас потенційних можливостей, функцій, що формуються, але які дитина не спроможна реалізувати зараз, але успішно їх використовує при безпосередній допомозі вчителя. Навчання активізує перехід зони найближчого розвитку в її актуальний розвиток, коли підтримка вчителя допомагає розкритися внутрішній активності, підвищує рівень її самостійності.

Мета корекційної педагогіки – забезпечення оптимальних умов виховання та навчання дітей з різноманітними дефектами психічного чи фізичного розвитку для якомога кращої підготовки їх до самостійного активного суспільно корисного життя в соціальному оточенні; відновлення соціального статусу особи з обмеженими можливостями, збереження цілісності її особистості.

На сучасному етапі суспільного розвитку впровадження нових форм навчання та виховання в галузі корекційної педагогіки має на меті забезпечення системності формування компенсаторних механізмів у дітей з відхиленнями в розвитку, вивчення стадійності їхнього розвитку, залежності структури компенсації від часу появи дефекту, важкості та глибини ураження, рівня педагогічної допомоги й, нарешті, показ важливої ролі різних форм практичної діяльності як умови подолання впливу дефекту на фізичний, психічний і соціальний розвиток дітей з обмеженими можливостями.

Основними завданнями корекційної педагогіки є:

- забезпечення якомога більш ранньої диференційної діагностики відхилень у розвитку;
- комплексне психолого-педагогічне та клініко-фізіологічне вивчення основних закономірностей фізичного й психічного розвитку дітей, які мають відхилення від норми;
- визначення структури дефекту при різних аномаліях та потенційних можливостей розвитку різних сторін особистості кожної категорії осіб з фізичними та психічними дефектами;
- розроблення психолого-педагогічних класифікацій різних категорій дітей з порушеннями в розвитку; обґрунтування диференційованого та індивідуального підходу при їх вихованні, навчанні та корекції недоліків;

- обґрунтування принципів організації системи різноманітних спеціальних закладів, які створюють оптимальні умови для виховання й навчання дітей з порушеннями в розвитку;
- встановлення закономірностей корекційного навчально-виховного процесу, який здійснюється в спеціальних дитячих садках і школах, а також при індивідуальному навчанні. Визначення цілей, завдань, змісту, принципів і методів виховання, навчання, трудової та соціальної підготовки різних категорій дітей з порушеннями в розвитку;
- розроблення спеціальних технічних засобів, які допомагають дітям з відхиленнями в розвитку більш успішно і в різних аспектах пізнавати дійсність, яка їх оточує, встановлювати контакти з іншими дітьми та дорослими;
- визначення шляхів і засобів профілактики виникнення порушень розвитку в дітей;
- запровадження інноваційних освітніх технологій на основі інклюзивного підходу та моделей спеціальних освітніх послуг для дітей з особливими освітніми потребами, у тому числі з інвалідністю, зокрема їх інклюзивного навчання;
- знаходження шляхів, які дозволяють покращити, зробити більш комфортним життя осіб, що мають відхилення в розвитку, у соціальному середовищі – у сім'ї, у навчальних і трудових колективах.

Корекційні виховні (педагогічні) впливи за необхідності органічно й системно поєднуються зі спеціальними засобами медичної, психологічної, технологічної корекції, можуть використовуватися як прямі чи опосередковані, але вони завжди мають бути цілеспрямованими, науково обґрунтованими, надійними, передбачати вирішення особистісно значущих для об'єктів корекції завдань.

Переборення та згладжування дефектів розвитку пізнавальної діяльності та фізичного розвитку дитини визначається поняттям „корекційно-виховна робота”, що являє собою систему комплексних заходів, педагогічних впливів на різні особливості порушеного розвитку особистості в цілому, оскільки будь-який дефект негативно впливає не на окрему функцію, а знижує соціальну повноцінність дитини в усіх її проявах. Вона охоплює весь навчально-виховний процес, усю систему діяльності спеціальних закладів.

1.2. Основні поняття та педагогічні категорії корекційної педагогіки

Оскільки корекційна педагогіка є складовою частиною педагогіки, то вона користується більшістю загальнопедагогічних термінів. У той же самий час корекційна педагогіка має і власний понятійний апарат, свою термінологію, що відображає її специфіку як наукової дисципліни.

У корекційній педагогіці провідними категоріями є **корекція, компенсація, адаптація, реабілітація.**

Освіта – цілеспрямована пізнавальна діяльність людей з отримання знань, умінь або їх удосконалення; процес удосконалення особистості через формування певного складу думання, способу мислення та вміння застосовувати отримані знання в процесі життя; результат завершеного навчання.

Корекційна освіта – освіта у спеціальних закладах (школи, класи, реабілітаційні центри), яка надається фахівцями і містить навчальний, виховний і корекційний компоненти (С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва, 2010).

Спеціальна освіта – дошкільна, загальна та професійна освіта, для отримання якої особам з обмеженими можливостями здоров'я створюються спеціальні умови (В.О. Липа, 2002).

Практична значущість проблеми пов'язана з визначенням такого змісту освіти, типів освітньо-виховних закладів, форм організації та методів диференційованого навчання різних категорій дітей із порушеннями в розвитку, такої реалізації в цьому процесі системи дидактичних принципів, які дозволяли б корекційному навчанню максимально сприяти розвитку психічних та фізичних сил кожної дитини, корекції недоліків, формуванню її особистості, готовності до виконання різноманітних соціальних функцій. Ураховується загальнопсихологічне положення про те, що „навчання веде за собою розвиток”, яке для дефектології набуває особливого значення, бо дитина з відхиленнями в розвитку значно більше, ніж та, у якої цих відхилень немає, потребує спеціальної педагогічної допомоги для засвоєння культури, розвитку потенційних можливостей. Встановлено, що відсутність спеціальних педагогічних впливів на дитину з порушеннями психофізичного розвитку збільшує з віком її відмінність від однолітка з нормальним розвитком, бо поглиблює дивергенцію (розходження) двох аспектів розвитку – біологічного та соціального.

Виховання й навчання повинні мати розвивальний характер, враховуючи зону найближчого розвитку, тобто той запас потенційних можливостей, функцій дитини з порушеннями в розвитку, що формуються, які вона ще не може реалізувати самостійно, але вже реалізує за допомогою педагога. Згідно з Л.С. Виготським, зона найближчого розвитку визначає не тільки наявні можливості, але й перспективу психічного розвитку дитини з обмеженими можливостями. Навчання повинне стимулювати перехід зони найближчого розвитку в актуальний розвиток, тобто з часом керівництво педагога стає зайвим, а вирішення завдань дитиною – самостійним. Це і становить внутрішній взаємозв'язок між навчанням і розвитком, за якого правильно організоване навчання веде за собою розвиток, спираючись на психічні функції, що формуються.

Корекційна педагогіка займається питаннями спеціальної дидактики (теорії освіти й навчання дітей з обмеженими можливостями). Завдання, зміст, принципи, організація навчального процесу розробляються для кожного конкретного типу спеціального навчального закладу з урахуванням глибини та характеру дефекту. Залежно від цього підбираються методи навчання, наочні та технічні засоби, розв'язується проблема диференціації навчання. Центральною проблемою спеціальної дидактики є трудове навчання й виховання.

Навчання та розвиток дітей з обмеженими можливостями – це цілеспрямований процес передачі та засвоєння знань, умінь, навичок діяльності, основний засіб підготовки до життя та праці (В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов, 1990). Це одна з центральних проблем корекційної педагогіки, від продуктивного розв'язання якої залежить ефективність практичної діяльності спеціальних навчально-виховних закладів із соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Виховання дітей з обмеженими можливостями – процес розвитку природних сил, здібностей дитини за допомогою різноманітної спільної діяльності дітей та дорослих, організованої педагогами. Це планомірний і цілеспрямований вплив на свідомість і поведінку дитини з метою формування відповідних понять, принципів, ціннісних орієнтацій, які забезпечують необхідні умови для її розвитку, підготовки до громадського життя та трудової діяльності (Український дефектологічний словник, 2001).

Це одне з основних понять корекційної педагогіки, яке має велике значення для загального розвитку дітей, їх спілкування з однолітками та дорослими, формування особистості.

Мета та завдання виховання дитини з порушеннями психофізичного розвитку – підготовка до активного суспільно корисного життя, визначаються загальними принципами педагогіки але реалізуються вони в доступному обсязі методами та засобами, які відповідають ступеню та структурі дефекту. Залежно від характеру порушення висуваються спеціальні завдання, пов'язані з подоланням його наслідків. Виховання дитини з обмеженими можливостями здійснюється в тісному контакті сім'ї та школи, в обстановці взаєморозуміння, взаємодопомоги.

Формування – процес становлення людини як соціальної істоти під впливом багатьох факторів – екологічних, соціальних, економічних, психологічних, політичних та ін. (С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва, 2010).

Корекція (від лат. *correctio* – поліпшення, виправлення) – 1) сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на поліпшення та виправлення процесу розвитку особи; 2) виправлення окремих дефектів у аномальних дітей (Український дефектологічний словник, 2001). Корекція розглядається як педагогічна дія, спрямована на виправлення (ліквідацію) не тільки окремих порушень, але й на формування особистості всіх дітей з відхиленнями в розвитку.

Під корекцією розуміється як виправлення окремих дефектів (наприклад, корекція вимови або зору), так і цілісний вплив на особистість дитини з порушеннями в розвитку з метою досягнення позитивного результату у процесі її навчання, виховання та розвитку. Термін „корекція” стосується таких системних явищ, як розвиток, соціалізація, абілітація, поведінка тощо, означає „поліпшення”.

Корекційно-виховна робота являє собою систему комплексних заходів педагогічної дії, спрямованих на різні особливості аномального розвитку особистості в цілому, й охоплює весь навчально-виховний процес, усю систему діяльності спеціальних установ.

Компенсація (від лат. *compensatio* – урівноваження, зрівнювання) – відновлення недорозвинених чи порушених психофізичних функцій шляхом використання збережених чи перебудови частково порушених функцій (Український дефектологічний словник, 2001). Заміщення або перебудова порушених або недорозвинених функцій організму.

Так, компенсація функцій зорового аналізатора дитини, що народилася сліпою, можлива переважно через розвиток дотику, тобто

за допомогою сенсорної системи шкірного і кінестетичного аналізаторів.

Вища форма компенсації означає всебічний розвиток особистості дитини, проте для деяких форм порушеного розвитку компенсація є обмеженою. Так, у разі грубих аномалій розумового розвитку можлива лише часткова компенсація дефекту, оскільки глибокі порушення інтелекту перешкоджають розвитку вищих психічних процесів. Але це не означає фатально приречених меж розвитку розумово відсталих дітей. Певний позитивний рівень пізнавальної діяльності, який досягається в процесі корекційно-виховної роботи, дозволяє говорити про значні потенційні можливості розумово відсталих дітей.

Сутність формування процесів компенсації в людини полягає не стільки у біологічній пристосованості організму, скільки у формуванні способів дії та засвоєнні соціального досвіду в умовах свідомої цілеспрямованої діяльності. Головну роль у процесах компенсації відіграє свідомість, яка зумовлена соціальними відносинами. Суспільна обумовленість компенсації найбільш яскраво виявляється в процесі розвитку дітей з обмеженими можливостями. Залежно від змісту, методів і умов навчання та виховання, у них формуються прийоми та способи засвоєння соціального досвіду, соціальні мотиви, потреби, які поступово стають рушійною силою розвитку.

У дітей з вадами розвитку в процесі компенсації відбувається формування нових динамічних систем умовних зв'язків, виправлення порушених або ослаблених функцій, розвиток їхньої особистості.

Корекційна педагогіка включає у свій тезаурус поняття „компенсація” (як внутрішній психічний процес заміни втрачених функцій і результати цього процесу), „реабілітація” (як процес і результат поновлення функцій, уже раніше сформованих), але поняття „педагогічна корекція” розглядається як цілеспрямована виховна, освітня, розвивальна діяльність, що сприяє формуванню компенсаторних механізмів, поверненню людині функціональних можливостей у різних сферах соціального життя засобами фізичної, естетичної, трудової та іншої реабілітації (В.М. Синьов, 2004).

Реабілітація (у медико-педагогічному значенні, лат. *rehabilitation* від лат. *re* – проти, *habilitas* – здатність) – повернення хворого до нормального життя і праці в межах психофізичних можливостей. Це комплексна, багатоетапна система медичних, соціально-психологічних, педагогічних заходів, спрямованих на

усунення чи пом'якшення вад розвитку дітей-інвалідів та дітей з обмеженими фізичними і розумовими можливостями, інтеграцію в соціальне середовище, залучення до громадського життя і праці (Український дефектологічний словник, 2001).

Завдання реабілітації розв'язуються в системі спеціальних навчально-виховних закладів для різних категорій дітей із психофізичними вадами, у яких особливості навчального процесу визначаються специфікою розвитку. Застосування методів реабілітації в ранньому віці полегшує адаптацію дитини до середовища. З раннього віку дітей із сенсорними, руховими, мовленнєвими і розумовими вадами потрібно готувати до спокійного сприйняття своєї фізичної чи розумової неповноцінності. Дефект часто позбавляє людину можливості займатись у майбутньому діяльністю, до якої вона має схильність та інтерес. Необхідно тактовно переключати увагу та інтерес такої особи на доступну сферу діяльності.

Нині до комплексної реабілітації відносять кілька її видів, які тісно пов'язані між собою і доповнюють один одного. Серед них виділяють *медичну, педагогічну, соціальну, психологічну, побутову, професійну, спортивну, оздоровчу, фізичну* реабілітації.

Абілітація (від лат. *habilitation* – вплив, діяння) – 1) система лікувальних і психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, лікування, розвиток та корекцію патологічних станів і психологічних порушень у дітей, ще не адаптованих до соціального середовища, що призводять до стійкої втрати здатності навчатися, працювати (на відміну від реабілітації – відновлення життєвого і трудового досвіду) (В.О. Липа, 2002); 2) первинне формування функцій і здібностей у дітей раннього віку з проблемами розвитку шляхом створення спеціальних умов (С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва, 2010).

Соціальна адаптація (від лат. *adaptatio* – пристосування, *socialis* – суспільний) – процес пристосування людини до нового для неї соціального середовища, а також наслідки цього процесу (Український дефектологічний словник, 2001). Вона визначається як активне засвоєння особистістю або групою людей нового для неї соціального оточення, тобто формування певного способу життя, основною характеристикою якого є вільна активна діяльність членів суспільства.

На думку А.З. Свєрдлова (1998), дітям з обмеженими можливостями допоможуть стати повноцінними членами суспільства

розвиток духовного світу та соціально-культурна діяльність. Перешкодами на шляху їхньої соціалізації, як стверджує З.А. Пономарьова (1998), є труднощі міжособистісної взаємодії та спілкування.

Дослідження провідних учених доводять, що спроби інтеграції дитини з обмеженими можливостями в оточення однолітків супроводжуються нерозв'язаними проблемами: відсутністю навичок спілкування в даній сфері, несформованістю потреби в такому спілкуванні, неадекватною самооцінкою, негативним сприйняттям оточення, схильністю до соціального утримання. Стандарти для життєдіяльності дитини з порушеннями в розвитку ситуації зовсім не передбачають її широких контактів з оточенням однолітків, які навчаються в загальноосвітніх закладах.

Якщо такі епізодичні контакти все ж відбуваються, то з боку останніх переважає негативне ставлення, викликане сформованими в суспільстві стереотипами сприйняття. Усе це призводить до формування в дитини з обмеженими можливостями однієї з таких комунікативних стратегій: рішуче, іноді агресивне прагнення до ізоляції, негативне сприйняття однолітків, які її оточують, утриманський деспотизм, відмова від відповідальності за свої вчинки, страх відчутти зневагу, прагнення прилучитися до групи на будь-яких умовах і в будь-якій ролі.

Особистісні зміни, які виявляються у вигляді відхилень від нормального розвитку, віддалені від первинного дефекту, тому вони легко долаються. Однак це відбувається за умов правильно організованої життєдіяльності дітей, правильного ставлення до них з боку дорослих та інших дітей, які їх оточують. Вторинні відхилення у фізичному та психічному розвитку, як вважають деякі автори, є додатковими органічними порушеннями. За даними А.І. Дьячкова (1965), у ході правильно поставленого навчання та виховання вони повністю долаються.

Справжня природа дитини з обмеженими можливостями виявляється передусім у тому, що вона, як і та дитина, яка не має відхилень, здебільшого володіє всіма можливостями та властивостями, які є необхідними передумовами навчання та виховання. Це теоретичне положення лежить в основі наукового підходу до розвитку особистості дітей з порушеннями в розвитку.

Завданням навчання та виховання дітей з обмеженими можливостями є забезпечення адекватних їх взаємин із суспільством, колективом, усвідомленого виконання соціальних, у тому числі і

правових норм і правил. Соціальна адаптація надає дітям з порушеннями в розвитку можливість брати активну участь у суспільно корисному житті. Досвід спеціальних навчальних закладів показує, що учні цих шкіл здатні оволодіти прийнятими в нашому суспільстві нормами поведінки.

Успішність пристосування до життя людини з обмеженими можливостями визначається, у першу чергу, не відповідними змінами довкілля, а адекватними змінами ставлення особистості до різних аспектів діяльності.

Наприклад, якщо в 40–60-ті рр. ХХ ст. проблема соціальної адаптації осіб з розладами слуху формулювалась як проблема компенсації розладів слуху, функціонального дефекту й реалізовувалася як пошук засобів і способів компенсації порушених функцій на основі збережених аналізаторів, то сучасний підхід у вирішенні самої проблеми пропонує корекцію особистості. Іншими словами, об'єктом дослідження та впливу стають не дефект і функції, які його компенсують, а особистість, яка взаємодіє з оточуючим світом за умови свого дефекту.

У наш час дослідники більше схиляються до висновку, що психосенсомоторні проблеми й ускладнення, як правило, кореняться в особливостях громадської організації життя, а не є лише наслідком інвалідності.

Соціальна реабілітація – процес відновлення основних соціальних функцій особистості. У медико-педагогічному значенні – включення дитини з обмеженими можливостями в соціальне середовище, залучення до суспільного життя та праці на рівні її психофізичних можливостей. Це головне завдання в теорії та практиці корекційної педагогіки.

Реабілітація здійснюється за допомогою медичних засобів, спрямованих на усунення або пом'якшення дефектів розвитку, а також спеціального навчання, виховання та професійної підготовки.

Поняття „соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я” можна розглядати в різних його варіантах: як процес, як кінцевий результат і як діяльність.

Соціально-реабілітаційна діяльність – це цілеспрямована активність фахівця із соціальної реабілітації та дитини з обмеженими можливостями здоров'я з метою підготовки останньої до продуктивного та повноцінного соціального життя за допомогою у спеціальний спосіб організованого навчання, виховання та створення для цього оптимальних умов.

Якісними характеристиками соціально-реабілітаційної діяльності є: цілеспрямованість, суб'єктивність, інтенсивність, динамічність і ефективність.

Сімейне виховання – активний чинник реабілітації. Спільні зусилля сім'ї та школи забезпечують залучення дитини з порушеннями в розвитку до активної суспільно корисної діяльності, виявлення її можливостей та вибір доступної професії.

Інтегративне навчання передбачає навчання дітей та дорослих із різноманітними дефектами в закладах загальної системи освіти разом із здоровими, тобто в масових загальноосвітніх школах, середніх та вищих навчальних закладах. Мета інтегративного навчання – соціальна інтеграція, підготовка до самостійного життя в суспільстві.

За визначенням ВООЗ, соціальна інтеграція інвалідів є кінцевою метою їхньої соціальної реабілітації. Соціальна інтеграція осіб з обмеженими можливостями – це їх активна участь у основних видах діяльності та життя суспільства, „включеність” їх у соціальні структури, розраховані на здорових людей, пов'язані з різноманітними сферами життєдіяльності людини – навчальною, професійною та іншими.

Пошук шляхів інтегративного навчання зумовлений негативними аспектами корекційної освіти, які виявляються в ізоляції дітей, звуженні кола їх спілкування з подібними собі, де все пристосоване до дефекту дитини. Це обмежує можливості формування повноцінної особистості, яка здатна до самоствердження, самореалізації, саморозкриття в різноманітній діяльності.

Інклюзивна освіта – це розширення участі всіх дітей, зокрема з особливостями психофізичного розвитку (ПФР), в освітньому процесі, забезпечення ефективності навчання дітей з особливостями ПФР в загальноосвітньому закладі. Увага зосереджується на соціалізації дітей цієї категорії та якості навчання.

Основною **метою** інклюзивної освіти є досягнення якісних змін в особистісному розвитку дітей цієї категорії. Передбачається здійснення змін освітньої системи, а не дитини. Інклюзивна освіта визнає, що всі діти різні, а школи і освітня система повинні підлаштовуватися під індивідуальні потреби всіх учнів – з порушеннями розвитку і без них. Однак інклюзивність не означає асиміляцію чи прагнення зробити всіх однаковими, її ключовий компонент – **гнучкість**.

Інклюзивна модель освіти передбачає участь в освітньому процесі *вчителів підтримки* (асистентів учителів – учителів-дефектологів), які забезпечують залучення всіх дітей до загальноосвітніх занять (волонтери, батьки, інструктори-практики). Учитель підтримки може бути додатковим помічником у навчальному процесі і займатися з одним-трьома учнями одного або різних класів.

Корекційна педагогіка користується і термінами суміжних галузей знань: медицини, психології, педагогіки, правознавства, соціального захисту та ін. У зв'язку з цим можна говорити про об'єктивне існування паралельної термінології в корекційній педагогіці. Гуманізація громадської свідомості, як і сучасне соціальне право, не дозволяє сьогодні вважати етичною таку термінологію, яка не відображає коректного й тактовного ставлення до осіб, які мають порушення в розвитку.

В Україні в правовому полі та у сфері соціального захисту загальноприйнятим є термін „інвалід”, який, крім медичного діагнозу (недієздатний), має негативне соціальне значення. Останнім часом у вітчизняних правових документах застосовується термін „особа з обмеженими можливостями здоров'я”. У Проекті закону про спеціальну освіту наводиться визначення цього поняття.

Діти з порушеннями (вадами) психофізичного розвитку – діти, які мають фізичні і (або) психічні порушення, що відображаються на всьому психофізичному розвитку дитини і перешкоджають засвоєнню нею соціокультурного досвіду без спеціально створених умов.

Як синоніми використовуються вислови „діти, що потребують корекції психофізичного розвитку”, „аномальні діти”, „діти з особливими освітніми потребами”, „неповносправні діти” (С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвеева, 2010).

Особа з обмеженими можливостями в стані здоров'я – особа, що має фізичний та (або) психічний недолік, які перешкоджають засвоєнню освітніх програм без створення спеціальних умов для отримання освіти. До складу спеціальних освітніх умов належать: спеціальні освітні програми та методи навчання, індивідуальні технічні засоби навчання й середовище життєдіяльності, а також педагогічні, медичні, соціальні та інші види послуг, без яких неможлива (утруднена) освіта осіб даної категорії. У системі освіти стосовно тих, що навчаються, використовують і такі терміни: „особи (діти) з особливими освітніми потребами”, „діти з труднощами (проблемами) в навчанні”.

1.3. Основні принципи та методи корекційної педагогіки

Під принципами в корекційній педагогіці розуміють найбільш загальні теоретичні положення, які об'єктивно відображають сутність і фундаментальні закономірності навчання, виховання та всебічного розвитку особистості.

Соціальні принципи корекційної педагогіки відображають педагогічні закономірності культурного і духовного розвитку особистості та суспільства в цілому (гуманістичної спрямованості, безперервності освіти, соціалізації, інтеграції, пріоритетної ролі мікросоціуму).

Принцип гуманістичної спрямованості. Гуманістичне ставлення суспільства до особистості людини з обмеженими можливостями перебуває поки що в перехідній стадії на етапі пошуку позитивних рішень. Це стосується освіти, працевлаштування, соціалізації, створення умов рівної особистості, економічної незалежності. Категорія дітей-інвалідів, позбавлених батьків або опіки, є найбільш неблагополучною частиною суспільства. Ці факти не можуть не турбувати суспільство та державу. Але вирішення цих проблем не тільки передбачає реформацію соціально-економічних відносин у країні, гарантію матеріального забезпечення та соціального захисту, але й готовність суспільства розуміти та розділяти особисті проблеми людей з порушеннями в розвитку. Стає абсолютно очевидним, що дана категорія осіб відчуває найбільший дефіцит гуманного ставлення до себе.

Принцип безперервності педагогічної освіти, який означає збереження потреби в самовдосконаленні протягом усього життя: спочатку в сім'ї, потім в освітніх установах (дошкільних, шкільних, середніх, вищих) з метою вирішення складних завдань соціалізації особистості, залучення дитини до ціннісно-нормативної системи суспільства, виховання етичних якостей раціональної організації дозвілля, активного відпочинку, спілкування і т.ін.

Даний принцип обумовлений, з одного боку, рівнем сучасного наукового та практичного знання про потенційні можливості осіб з особливими освітніми потребами, з іншого – уявленнями про сучасні педагогічні можливості абілітації та реабілітації дітей і дорослих із порушеннями в розвитку. Цей принцип ґрунтується на сучасному гуманістичному світогляді, який визнає право кожної людини незалежно від її особливостей та обмежених можливостей життєдіяльності на включення в освітній процес.

Корекційна педагогіка виходить з того, що навчатися можуть усі діти. При цьому під здібністю до навчання розуміється не тільки й не стільки засвоєння знань за загальноосвітніми предметами, яке традиційно розуміється в педагогіці, скільки здібність до засвоєння будь-яких доступних дитині соціально та особистісно значущих навичок життєвої компетенції, які забезпечують її адаптацію в навколишньому середовищі та сприяють самостійній і незалежній життєдіяльності. Особи з особливими освітніми потребами, як правило, навчаються повільніше, але вони можуть навчатися та досягати високих результатів.

Принцип соціалізації. У застосуванні до осіб з обмеженими можливостями соціалізація означає процес засвоєння соціально-культурного досвіду, підготовку до самостійного життя в суспільстві, активну участь у різних видах корисної діяльності, а також систему цінностей, знань, умінь, норм міжособистісної взаємодії та правил поведінки. Принцип соціалізації знаходиться в тісному взаємозв'язку з принципом безперервності педагогічної освіти й має загальне аргументування: соціалізація починається з народження та триває все життя, без тілесного здоров'я як головної людської цінності неможливе засвоєння ніяких інших культурних цінностей.

Соціально-адаптуюча спрямованість корекційної освіти дає можливість подолати або значно зменшити „соціальне випадіння”, допомогти знайти ту соціальну нішу, у якій вади розвитку та обмеження можливостей могли б максимально компенсуватися, що дозволяє вести соціально незалежний та матеріально гідний для людини спосіб життя.

Принцип інтеграції. Необхідно розрізнати два поняття: соціальна та педагогічна інтеграція.

Соціальна інтеграція передбачає активне включення осіб з обмеженими можливостями в культурне, соціальне, трудове життя суспільства разом зі здоровими людьми. Якщо оточуючі в процесі трудової, культурної або іншої діяльності не помічають інвалідності й сама особа з обмеженими можливостями успішно справляється з цією діяльністю, не відчуваючи свою неповноцінність, реалізує нормативний для сьогодення спосіб життя, – ця людина повністю інтегрована в суспільство.

Педагогічна інтеграція припускає навчання дітей та дорослих із різними дефектами в установах системи освіти – в освітніх школах, середніх і вищих навчальних закладах разом з особами, які не мають стійких відхилень. Педагогічна інтеграція є етапом, який попереджує

процес соціальної інтеграції. Це складний двосторонній процес взаємного зближення осіб з обмеженими можливостями та людей, що не мають суттєвих порушень, як рівноправних членів суспільства. Мета інтегрованого навчання – підготувати осіб з обмеженими можливостями до цього зближення, а оточуючих – піти їм назустріч.

Політика держави відносно інтеграції осіб з обмеженими можливостями і особливо дітей, повинна будуватися на науково обґрунтованій концепції, спиратися на правові норми та законодавчі документи, мати стратегію впливу на суспільство в цілому для зміни ставлення до цієї категорії людей і сприяння їх інтеграції.

Принцип пріоритетної ролі мікросоціуму. На виховання особистості дитини з обмеженими можливостями впливають родина, учителі, вихователі, педагоги, психологи, друзі, однолітки в школі та поза нею. Процес педагогічної діяльності, безумовно, впливає на розвиток особистості дітей, тому що діяльність завжди активізує психічні, інтелектуальні можливості дитини, формуючи її ставлення до себе, до тих, хто її оточує, змінюючи ціннісні орієнтації, мотиви й потреби. Тому майстерність, професіоналізм педагога, уміння організувати взаємодію учнів і дорослих, створення психологічного клімату довіри, доброзичливості, своєчасне схвалення, надання допомоги, забезпечення безпеки створюють для дитини той мікросоціум, у якому вона проводить частину свого життя. І якщо вона почувається в ньому комфортно, то це може стати фундаментом та передумовою активного продовження занять у подальшому.

Загальнометодичні принципи корекційної педагогіки відображають особливості реалізації дидактичних принципів: свідомості, активності, наочності, доступності, систематичності, міцності при формуванні знань, умінь та навичок осіб із психічними, сенсорними, руховими порушеннями.

Принцип науковості передбачає знання теорій, концепцій, основних законів, стратегічних ідей та тенденцій, методології, проблем корекційної педагогіки; знання біологічних та психологічних закономірностей функціонування організму з патологічними порушеннями, а також практики та досвіду педагогів-новаторів, які працюють із даною категорією дітей; уміння застосовувати знання на практиці, забезпечуючи обґрунтований вибір змісту, форм і методів, спираючись на закони та принципи навчання, виховання й розвитку, добиваючись максимальної ефективності педагогічного процесу.

Принцип свідомості та активності передбачає усвідомлене й активне ставлення, у першу чергу батьків, до процесів навчання,

виховання та розвитку дитини з порушеннями в розвитку. Педагогічна освіта батьків відіграє важливу роль у ранній реабілітації дітей.

В основі даного принципу лежать встановлені наукою закономірності:

- справжній зміст людської освіти складають глибоко та самостійно осмислені знання, які набувають шляхом інтенсивної власної розумової діяльності;
- свідоме засвоєння знань учнів залежить від низки умов і факторів: мотивів навчання, рівня та характеру пізнавальної активності учнів, організації навчально-виховного процесу й керування пізнавальною діяльністю учнів, методів і засобів навчання, які застосовуються вчителем та ін.;
- власна пізнавальна активність школяра є важливим фактором навчання й має вирішальний вплив на темп, глибину та міцність оволодіння навчальним матеріалом.

Однією з ознак усвідомленості засвоєних знань може слугувати їх вираження учнями за допомогою мовлення у правильній словесній формі.

Принцип наочності передбачає комплексне використання всіх органів чуття та активізацію функцій, які підлягають зберіганню, у процесі навчання та виховання. Найбільші труднощі й своєрідність реалізації принципу наочності виявляються в дітей з порушенням зору та слуху.

В його основі лежать і чітко зафіксовані наукові закономірності:

- органи чуття людини мають різну чутливість до зовнішніх подразників: у переважної більшості людей найбільш чутливими є органи зору;
- пропускну спроможність каналів зв'язку від рецепторів до центральної нервової системи є різною: органи зору „пропускають” у мозок майже у 5 разів інформації більше, ніж органи слуху, і майже в 13 разів більше, ніж тактильні органи;
- інформація, яка надходить у мозок з органів зору (за оптичним каналом), не вимагає значного перекодування, вона зберігається в пам'яті людини легко, швидко й міцно.

Учитель завжди повинен пам'ятати про те, що наочність являє собою не мету, а засіб успішного навчання.

Наочність у незрячих і слабозорих забезпечується перш за все через тактильний аналізатор, при цьому використовуються й інші

аналізатори, які мають зберігатися – залишковий зір, слух, нюх та ін. Наочність у глухих та слабочуючих має специфічні особливості, які обумовлені тим, що через відсутність слухових відчуттів, обмеження або відсутність мовленнєвого спілкування сприйняття обмежене. Компенсація порушень слуху відбувається за рахунок зорової, тактильно-вібраційної та кінестетичної чутливості, але провідна роль належить мовленнєвій функції, яка доповнюється мімікою, жестами, дактильним мовленням.

Принцип доступності припускає необхідність дотримання посилюючого рівня труднощів для уникнення фізичних, моральних, емоційних перевантажень. Доступність передбачає не уникання труднощів, а дотримання такого їх рівня, який стимулює. Трудність – це суб'єктивне відчуття реально існуючих суперечностей між бажаним та дійсним, які в міру їхнього подолання стимулюють інтенсивний розвиток особистості.

Принцип доступності заснований на таких положеннях:

- доступність навчання визначається віковими особливостями учнів і залежить від їх індивідуальних особливостей;
- доступність навчання залежить від організації навчального процесу, методів навчання, які використовуються вчителем, та пов'язана з умовами перебігу процесу навчання;
- доступність навчання визначається його передісторією;
- чим вищий рівень розумового розвитку школярів та наявний у них запас уявлень і понять, тим успішніше вони можуть просунути вперед при засвоєнні нових знань;
- поступове наростання труднощів у навчанні та привчання до їх подолання позитивно впливають на розвиток учнів і формування моральних якостей;
- навчання подоланню на оптимальному рівні труднощів позитивно впливає на темпи та ефективність навчання, якість знань.

Відомі класичні правила, що стосуються практичної реалізації принципу доступності, були сформульовані ще Я.А. Каменським: від легкого до важкого, від відомого до невідомого, від простого до складного. Теорія та практика сучасного навчання розширюють перелік інших правил для реалізації доступного навчання.

Принцип систематичності та послідовності означає не просто заняття без невиправданих пропусків, а організований педагогічний процес, у якому викладання та засвоєння відбуваються в певному порядку, системі й охоплюють діяльнісний бік як педагога, так і тих,

хто навчається.

Дидактичний принцип систематичності та послідовності покладений в основу сучасних навчальних планів і програм школи. Згідно з цим принципом предмети, що вивчаються, розташовуються в навчальних планах у логічній послідовності; складаються навчальні програми за окремими предметами.

Принцип систематичності та послідовності спирається на такі наукові положення:

- людина тільки тоді володіє справжніми та дієвими знаннями, коли в її мозку відображається чітка картина навколишнього світу, що являє систему взаємозв'язаних понять;
- універсальним засобом і головним способом формування системи наукових знань є навчання, організоване певним чином;
- система наукових знань створюється в тій послідовності, яка визначається внутрішньою логікою навчального матеріалу та пізнавальними здібностями учнів;
- процес навчання, який складається з окремих складових, відбувається тим успішніше та приносить тим більші результати, чим менше в ньому перерв, порушень послідовності, некерованих моментів;
- якщо систематично не вправлятися в навичках, то вони втрачаються;
- якщо не привчати учнів до логічного мислення, то вони постійно будуть мати ускладнення у своїй розумовій діяльності;
- якщо не дотримуватися системи та послідовності в навчанні, то процес розвитку учнів сповільнюється.

Принцип міцності означає не тільки надійне засвоєння знань, але й збереження набутого досвіду на тривалий час.

Принцип міцності підсумовує теоретичні пошуки вчених та практичний досвід багатьох поколінь учителів із забезпечення міцного засвоєння знань. У ньому закріплені емпіричні й теоретичні закономірності:

- засвоєння змісту освіти та розвиток пізнавальних сил учнів – дві взаємопов'язані сторони процесу навчання;
- міцність засвоєння учнями навчального матеріалу залежить не тільки від об'єктивних чинників (змісту та структури цього матеріалу), а й від суб'єктивного ставлення учнів до даного матеріалу, навчання, учителя;

- міцність засвоєння знань учнями обумовлюється організацією навчання, використанням різних видів та методів навчання, а також залежить від часу навчання;
- пам'ять учнів має вибірковий характер: чим більш важливий для них той чи інший навчальний матеріал, тим міцніше він закріплюється й довше зберігається.

Процес міцного засвоєння знань є дуже складним. Останнім часом його вивчення принесло нові результати. Існують дослідження, які доводять, що в багатьох випадках мимовільне запам'ятовування є навіть продуктивнішим, ніж довільне. Це вимагає певних змін у практиці навчання, оскільки традиційно вважалося, що навчання повинне ґрунтуватися на довільному запам'ятовуванні, і відповідно до цього були сформульовані практичні правила навчання.

Спеціально-методичні принципи корекційної педагогіки базуються на засадах інтеграції принципів суміжних дисциплін і законів онтогенетичного розвитку (діагностування, диференціації та індивідуалізації, корекційно-розвивальної спрямованості, компенсаторної спрямованості, урахування вікових особливостей, адекватності, оптимальності та варіативності).

Принцип діагностування означає необхідність констатації основного дефекту, супутніх захворювань і вторинних відхилень, медичних показань і протипоказань, особливостей психічних та особистісних якостей, порушених і збережених функцій дитини.

Принцип ранньої педагогічної допомоги. Сучасна корекційна педагогіка вважає однією із ключових умов успішної корекційно-педагогічної допомоги забезпечення раннього виявлення та ранньої діагностики відхилень у розвитку дитини для визначення її особливих освітніх потреб. Сучасна корекційна освіта передбачає максимальне скорочення розриву між моментом виявлення первинного порушення в розвитку дитини та початком цілеспрямованої корекційно-педагогічної допомоги, розширюючи тимчасові межі надання спеціальних освітніх послуг з перших місяців та протягом усього життя людини.

Принцип диференціації й індивідуалізації передбачає, з одного боку, об'єднання дітей на заняттях у порівняно однорідні групи (за віком, станом соматичного здоров'я), з іншого боку – індивідуальну роботу з кожною дитиною з урахуванням її реальних фізичних і психічних можливостей, статі, віку, здатності до навчання і т.ін. Мета індивідуалізації – створення умов для максимального зростання особистості дитини.

Індивідуальний підхід спрямований на створення сприятливих умов навчання, які враховують як індивідуальні особливості кожної дитини (особливості вищої нервової діяльності, темпераменту та, відповідно, характеру, швидкість перебігу розумових процесів, рівень сформованості знань та навичок, працездатність, уміння вчитися, мотивацію, рівень розвитку емоційно-вольової сфери та ін.), так і його специфічні особливості, які властиві дітям з даною категорією порушень у розвитку.

Принцип індивідуального підходу дозволяє не виключати з освітнього процесу дітей, для яких загальноприйняті способи корекційного впливу виявляються неефективними. Завдяки індивідуальному підходу стає можливим розвиток дітей із важкими та множинними порушеннями через інший, доступний для них зміст навчання, особливий його темп та організацію, використання специфічних прийомів і способів корекційно-педагогічної роботи.

Диференційований підхід до дітей і підлітків з особливими освітніми потребами в умовах колективного навчального процесу обумовлений наявністю варіативних типологічних особливостей навіть у рамках однієї категорії порушень. Так в одному і тому ж самому класі або групі можуть навчатися розумово відсталі діти з різними особливостями прояву цього порушення, з можливими додатковими відхиленнями в розвитку. Вони можуть відрізнятися між собою за навчально-пізнавальними можливостями, ступенем пізнавальної активності, за специфікою особливих освітніх потреб у цілому.

Принцип корекційно-розвивальної спрямованості передбачає спрямованість педагогічних впливів не тільки на послаблення, подолання недоліків, зумовлених патологічними порушеннями, але й на корекцію та активний розвиток пізнавальної діяльності, мовлення, уваги, пам'яті, психофізичних і координаційних здібностей.

Цей принцип припускає опору на здорові сили вихованця, що навчається, побудову освітнього процесу з використанням аналізаторів, які підлягають зберіганню, функцій і систем організму відповідно до специфіки природи вади розвитку. Отже, освіта й розвиток дитини з обмеженими можливостями будується відповідно до її специфічних природних можливостей та на їх основі.

Принцип урахування вікових особливостей. Процес індивідуального розвитку всіх фізіологічних і психологічних функцій відбувається нерівномірно та неодноразово: періоди стабілізації змінюються прискореннями розвитку. Динаміка психічних і фізичних

здібностей індивідуальна, як індивідуальні й сенситивні періоди, важливо їх не пропустити і максимально використовувати для розвитку та особистісного зростання, особливо при плануванні стратегічних програм, розрахованих на кілька років.

Даний принцип задовольняє, з одного боку, вимогу відповідності ходу психічного й особистісного розвитку дитини нормативному розвитку, а з іншого – визнає безперечність факту унікальності та неповторності конкретного шляху розвитку кожної особистості.

Принцип адекватності педагогічних можливостей означає, що постановка корекційних завдань, вибір засобів, методів, методичних прийомів педагогічної роботи повинні відповідати функціональному стану дитини та враховувати всі її особливості.

Навчально-пізнавальна діяльність дитини з будь-яким відхиленням у розвитку відрізняється від навчально-пізнавальної діяльності дитини без аналогічних відхилень, оскільки має особливий зміст, глибоку своєрідність перебігу та потребує особливої організації і способів її реалізації. Вона спрямована на корекційно-компенсуюче перетворення різних психічних функцій і задоволення особливих освітніх потреб дитини відповідно до її вади.

Особливості розвитку тих, хто навчається, примушують вносити специфічні зміни в зміст і способи їхньої навчально-пізнавальної діяльності. Так порушення перцептивної діяльності викликають необхідність перекодування або особливої структуризації навчальної інформації відповідно до пізнавальних можливостей дітей; порушення розумової діяльності вимагають такої організації навчання, яка забезпечує формування конкретної основи розумових дій; потреба в компенсаторних механізмах розвитку вимагає від корекційного педагога вибору можливих напрямів корекційно-педагогічної дії та відбору адекватного змісту й засобів компенсаторного розвитку.

Це означає, що тільки дефектолог, знайомий із закономірностями та особливостями розвитку пізнавальних можливостей даної дитини, з одного боку, та можливими шляхами й способами корекційної та компенсуючої допомоги їй – з іншого, може організувати процес навчально-пізнавальної діяльності та керувати цим процесом. У більшості випадків унаслідок глибокої своєрідності розвитку дітей з особливими освітніми потребами самостійна їх навчально-пізнавальна діяльність ускладнена або неможлива.

Викладені принципи взаємопов'язані та реалізуються в єдності, тому в практичній діяльності треба орієнтуватися не на один принцип, а на їх систему, що сприяє науково обґрунтованому вибору мети, змісту, методів і форм навчання та виховання (рис. 1).

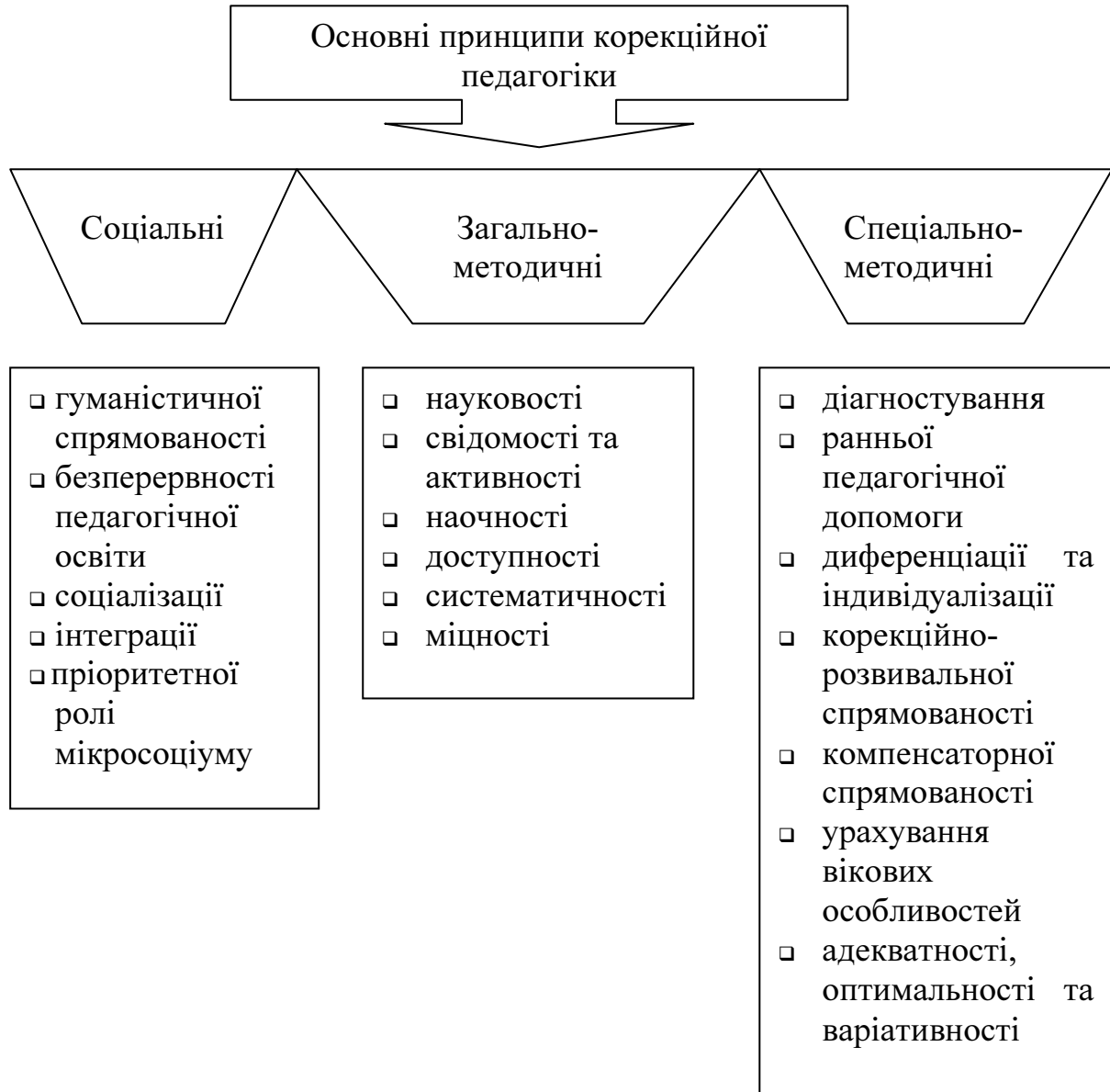


Рис. 1. Основні принципи корекційної педагогіки

Основне завдання наукових досліджень в галузі корекційної педагогіки – це розроблення ефективних способів попередження і подолання аномалій розвитку в дітей.

У науково-педагогічних дослідженнях корекційна педагогіка використовує відомі педагогічні та психологічні методи. Це **спостереження**, яке полягає в цілеспрямованому вивченні певного

психолого-педагогічного явища в природних умовах, **обстеження або бесіда** за визначеним планом, який дозволяє з'ясувати особливості формування особистості учнів або ефективність корекційно-виховного процесу.

Широко використовуються різні види *експерименту* – природного (констатувального і навчального) і лабораторного, який проводиться в умовах, які спеціально створюються. Експериментальні завдання виявляють не тільки сформовані особливості і різні ускладнення, але й можливості розвитку. Це дозволяє, правильно зрозумівши своєрідність дитини, успішно організувати з нею роботу для подолання дефектів розвитку.

Важливим джерелом отримання відомостей про дітей із порушеннями в розвитку є **аналіз результатів їхньої діяльності** – письмових робіт, малюнків, різних виробів, що характеризують психічні особливості дітей, їх уявлення про навколишнє життя. Цей метод відображає індивідуальність учнів, їх схильності та здібності.

Цінними засобами вивчення дітей з обмеженими можливостями є **соціологічні** та **психологічні методи** дослідження. Серед них **анкетування** – метод масового збору матеріалу за допомогою анкет, методи дослідження **самооцінки та рівня домагань особистості, соціометрія** – дослідження міжособистісних відносин у групі, а також **математичні методи**, які виявляють кількісні показники характеристик, що досліджуються.

Корекційна педагогіка вдосконалює наявні методи наукових досліджень і розробляє нові. У психолого-педагогічних дослідженнях використовується не один, а кілька методів, які доповнюють один одного, що забезпечує надійність результатів.

Метод є вихідним пунктом і умовою подальших досліджень. Сучасна наука не просто відображає ті чи інші аспекти реальності, але й проектує реальність відповідно до певних цілей. Це зумовлює необхідність широкого конструювання методів пізнання.

1.4. Історія розвитку системи навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку

Ставлення держави до осіб з дефектами розвитку має тривалу історію. Ретроспективний погляд свідчить про наявність тенденції відсторонення держави і суспільства від вирішення проблем освіти аномальних дітей. Спочатку в суспільній свідомості панувало вороже і дискримінаційне ставлення до людини з відхиленнями, поширеною

була думка про „непотрібність” для держави і народу людей з дефектами розвитку, про безглуздість їхнього життя та навчання. У міру зростання культури поступово долався стереотип поділу суспільства на „повноцінних” і „неповноцінних” членів. Сьогодні тенденція відсторонення держави від корекційної освіти трансформувалася. Сучасна держава має потужні важелі впливу на наслідки і поширення аномальності. Серед них як реальні засоби медичної та педагогічної профілактики та корекції, так і чисто формальний, юридичний спосіб руху змістового поля понять „інвалідність”, „непрацездатність”, „хвороба”, „норма”, „здоров’я” та ін.

Під впливом соціально-політичних змін у розвинутих країнах відбувся різкий перелом у ціннісних орієнтаціях держави: стали переосмислюватися права людини, дитини, інвалідів; розпочалося засвоєння суспільством нової філософії – визнання неподільності суспільства на „повноцінних” і „неповноцінних”, визнання єдиної спільноти, яка складається з різних людей з різноманітними проблемами. Сучасні держави проголосили антидискримінаційну політику відносно до осіб з обмеженими можливостями. У цьому контексті різко змінилася оцінка суспільством і державами стану системи корекційної освіти та перспектив її розвитку.

Характер суспільної підтримки дітей з порушеннями психофізичного розвитку впродовж усього суспільного розвитку був тривалим, складним і суперечливим процесом, який не зростав послідовно і залежав від багатьох факторів: рівня розвитку виробничих сил суспільства, його економіки, характеру виробничих відносин, політичних, моральних, релігійних, філософських поглядів. Зміни ставлення суспільства до дітей з психофізичними порушеннями відбувалися під впливом зміни рівня розвитку медицини, освіти, науки, культури, ціннісних орієнтацій держави і суспільства, політики держави щодо дітей із психофізичними порушеннями.

Корекційна освіта як самостійний напрям педагогічної науки і практики є досить молодою. Їй менше двохсот років. Відлік прийнято вести від моменту появи в Європі наприкінці XVIII ст. перших спеціальних класів для дітей із сенсорними порушеннями. Тому більшість авторів, які описують становлення конкретних галузей корекційної педагогіки (сурдопедагогіки, тифлопедагогіки, олігофренопедагогіки) найбільше цікавив відрізок часу з XIX ст. до наших днів. Дослідники згадували епізоди, пов’язані зі спробами навчити глуху або сліпу дитину, цитували фрагменти стародавніх

законоположень і констатували, що до XVIII ст. аномальними дітьми майже не займалися, тож відповідно, цей період є малозначущим для корекційної педагогіки (В.О. Липа, 2002).

Філософи і педагоги античності, епохи Ренесансу, могли досягти певних успіхів у навчанні нечуючих, незрячих та інтелектуально неспроможних дітей. Однак історичних свідчень подібних педагогічних експериментів немає. Тривалість періоду, протягом якого вчені не приділяли певної уваги тілесно і душевно хворим людям, обумовлена морально-етичною атмосферою минулих століть.

В.О. Липа (2002) виокремлює такі періоди становлення й розвитку системи навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку:

1. Від агресії та нетерпимості до усвідомлення необхідності піклування про інвалідів (IX–VIII ст. до н.е. – XII ст.), який характеризувався:

- за часів античності особи з вираженими відхиленнями в розвитку не вважалися повноцінними громадянами, їх статус не відрізнявся від становища рабів і домашніх тварин;
- античне законодавство, удосконалюючи цивільне право, убачало своє завдання в захисті суспільства, окремих громадян від „неповноцінних” людей, і тому започаткувало опікунство над ними; глухонімі визнавалися не дієздатними, оскільки не могли викласти свою думку усно або письмово;
- антична філософія не вважала глухонімих, божевільних, людей із фізичними каліцтвами об’єктом суспільної уваги і турботи; глухонімі визнавалися не здатними до навчання; антична медицина дійшла до висновку про надприродну природу глухоти і неможливість її лікування;
- з виникненням християнства з’явилися поодинокі факти милосердного ставлення до людей з відхиленнями в розвитку, але одночасно зростала й кількість релігійних упереджень та забобонних побоювань в суспільстві;
- в епоху раннього Середньовіччя в Європі сформувалася культурна традиція дискримінації осіб з фізичними і психічними порушеннями в розвитку; філософи-богослови теоретично обґрунтовували неповноцінність людей з вродженими фізичними, розумовими і психічними вадами;
- середньовічне законодавство, дотримуючись традицій римського права, не визнавало інвалідів дієздатними;

світський та церковний закони, народні традиції були єдиними у поглядах на інваліда як на неповноцінну людину, від якої слід захищатися.

Західній Європі потрібно було близько двох тисяч років, щоб пройти шлях від відчуження і агресії до першого усвідомлення необхідності піклування, турботи про людей з вираженими відхиленнями в розвитку.

2. Від піклування до усвідомлення можливості навчання; від притулків через досвід індивідуального навчання до перших спеціальних навчальних закладів (XII ст. – 70–80 рр. XVIII ст.):

- політичні, соціальні та економічні зміни в житті Європи XII–XV ст. не вплинули на ставлення суспільства до осіб з вираженими фізичними та психічними вадами: церков, „корона” як і раніше сприймають їх як „анормальних”, як неповноцінну меншість, яка знаходиться поза суспільством;
- суспільство, поділяючи людей за їх соціально-економічною корисністю на „цінних” і „неповноцінних”, автоматично відносить до останніх недоумкуватих, психічно хворих, осіб з грубими фізичними недоліками;
- спроби індивідуального навчання були наслідком соціального замовлення представників знаті, які мали дітей із сенсорними порушеннями;
- досвід успішного індивідуального навчання глухих дітей (XVI–XVII ст.) тим не менш привів до організації спеціальних навчальних закладів.

Європейським державам знадобилося майже шість століть для переходу від усвідомлення необхідності піклування про різні категорії аномальних дітей до усвідомлення можливості навчання хоча б частини з них (спочатку – тільки осіб з сенсорними порушеннями).

3. Від усвідомлення можливості до визнання права аномальних дітей на освіту. Становлення системи корекційної освіти (70–80 рр. XVIII ст. – поч. XX ст.). Цей період характеризувався кардинальною зміною ставлення суспільства і держави до „неповноцінної меншості”, становленням і утвердженням нового, більш гуманного і демократичного погляду на цивільні права осіб з вираженими відхиленнями в розвитку, введенням загального початкового навчання. Поворот у державній політиці і суспільній свідомості був підготовлений ідеями мислителів Ренесанса й Просвітництва, „Декларацією прав людини” (1793).

Верхньою межею періоду умовно можна вважати відкриття у Франції першої школи для глухонімих (1770) та першої школи для сліпих (1784).

У зазначений період остаточно складаються три основні напрями допомоги особам з відхиленнями в розвитку:

- 1) християнсько-філантропічний (мета – піклування про інвалідів; організаційна форма – притулки, будинки піклування);
- 2) медико-педагогічний (мета – лікування, виховання й елементарне навчання дітей з вираженими порушеннями в розвитку; організаційна форма – спеціальні відділення при лікарнях, медико-педагогічні установи);
- 3) педагогічний (мета – освіта дітей з порушенням слуху, зору, інтелекту; організаційна форма – спеціальні класи, спеціальні школи, інтернати).

Кожна західноєвропейська країна пройшла свій шлях розвитку вказаних напрямів, і в тому числі у створенні національної системи корекційної освіти, які на початкових стадіях були орієнтовані на навчання трьох категорій дітей: спочатку – глухих і сліпих, пізніше – розумово відсталих.

4. Від усвідомлення необхідності корекційної освіти окремих категорій дітей з відхиленнями в розвитку до розуміння необхідності корекційної освіти для всіх, хто її потребує. Розвиток і диференціація системи корекційної освіти (поч. ХХ ст. – 70-ті рр. ХХ ст.). Протягом даного періоду відбувалося вдосконалення і диференціація національних систем освіти, становлення нових типів спеціальних шкіл і нових типів спеціального навчання: поряд зі шкільними закладами почали створюватися установи дошкільної та позашкільної освіти; зростала кількість різних типів спеціальних шкіл – від трьох (для дітей з порушенням: слуху, зору, інтелекту) до двадцяти (в окремих країнах), у т.ч. школи для глухих, слабочуючих, сліпих, слабозорих, сліпоглухих, дітей з мовленнєвими порушеннями, фізичними недоліками, труднощами в навчанні, множинними порушеннями, проблемами в поведінці, схильних до тривалих захворювань, для тих, які тривалий час перебувають у лікарні, спеціальні школи при національних науково-дослідних центрах.

5. Від рівних прав до рівних можливостей (70-ті рр. ХХ ст. – ?). Суспільство перестає розглядати себе як унітарний соціум, поступово відмовляючись від уявлення про те, що кожен його член зобов'язаний відповідати прийнятому стандарту. Формується нове розуміння світу

як спільноти, яка складається з різноманітних мікросоціумів, від рівноправної взаємодії яких залежить прогрес людства.

Ідея інтеграції осіб з відхиленнями в розвитку в 70-ті роки виникає і реалізується в контексті ліберально-демократичних реформ: громадського протистояння ідеям дискримінації людей за расовою, статевою, віковою, національною, політичною, релігійною, етнічною та іншими ознаками. Боротьба проти дискримінації сприяє формуванню нової культурної норми – поваги до відмінностей між людьми. Саме в цьому широкому антидискримінаційному контексті спеціальні школи та інтернати визнаються установами сегрегаційними, а ізольована від масової система корекційної освіти – дискримінаційною.

У Європі міцнішає переконання, що будь-яка держава, яка прагне до справедливості і підкоряється міжнародним нормам прав людини, має керуватися законами, що гарантують усім дітям освіту, яка відповідає їхнім потребам і здібностям.

Спираючись на науковий аналіз громадських форм суспільної допомоги дітям з вадами розумового розвитку, якісні зміни в структурі, змісті, методах навчання і виховання цих осіб, В.І. Бондар, В.В. Золотоверх (2007) виокремлюють п'ять основних періодів становлення і розвитку освіти дітей з розумовими вадами в Україні, які у свою чергу поділяються на етапи.

Перший період (кінець XVIII – перша половина XIX ст.) характеризувався значним піднесенням суспільного руху. Питання організації допомоги розумово відсталим дітям набуває все більшого значення. Розвиток вітчизняної психіатрії сприяв матеріалістичному розумінню суті аномалій психіки, поглибленому вивченню етіології і патогенезу, пошуку причин психозу і недоумкуватості в анатомічних змінах головного мозку і визначенню форм суспільної допомоги цим дітям. У 1836 р. при Харківській психіатричній лікарні відкривається перша школа для розумово відсталих дітей і підлітків („Школа біля воріт лікарні”).

У другій половині XIX ст. в Україні активізувалася діяльність земських лікарів-психіатрів, дослідження яких переконливо доводили необхідність відмежування психічно хворих дітей від розумово відсталих, відкриття для останніх притулків суспільного піклування, виправних шкіл, сирітських будинків, будинків для невиліковних хворих, калічних і недоумкуватих дітей, а пізніше – лікувально-педагогічних закладів. На початку XX ст. відкривалися перші

спеціальні заклади для розумово відсталих дітей, закладалися основи їх навчання в спеціально створених умовах освітнього простору.

Другий період (1900–1926) – час становлення основ суспільної допомоги розумово відсталим дітям в контексті пошуку шляхів їх соціального виховання, зумовлених активізацією громадсько-педагогічного руху, зростанням рівня вимог до освіти дітей, спробами реформування системи народної освіти на основі численних резолюцій з'їздів і конференцій, організованих психіатрами, психологами, педагогами.

На цьому етапі з метою подолання неуспішності учнів загальноосвітньої школи в Україні за ініціативи професора О.І. Сікорського була відкрита перша приватна школа для розумово відсталих дітей („Лікарсько-педагогічний інститут для розумово недорозвинених, відсталих і нервово хворих дітей” – Київ, 1904 р.) та перші допоміжні класи при міських початкових училищах м. Харкова (1911). Ці заклади набули статусу педагогічних лабораторій, де вивчення розумово відсталих дітей та систематичні спостереження за розвитком їхніх пізнавальних можливостей були визначальними у доборі змісту, методів і прийомів навчальної і виховної роботи.

Боротьба з дитячою дефективністю та безпритульністю була в центрі уваги уряду, громадськості, педагогів і розглядалася як позачергове завдання за значущістю з охорони дитинства.

У цей час формувалися погляди і уявлення про предмет дефектології, її відносини із загальною педагогікою та медициною. Завершився цей етап створенням в Україні єдиного типу педагогічного закладу – дитячого будинку для розумово відсталих дітей, підготовкою кадрів для цих виховних закладів у системі вищої педагогічної освіти, розмежуванням функцій Народних комісаріатів освіти, охорони здоров'я і соціального забезпечення в питаннях навчання, виховання і піклування про дефективних, безпритульних, важковиховуваних, хворих дітей. Важливим на цьому етапі стало подолання проблеми безпритульності, зміна соціально-економічної ситуації в країні, вироблення нових форм навчання і виховання розумово відсталих, в основу яких було покладено принцип єдиної трудової школи, що надавало навчально-виховній роботі трудового характеру.

Третій період (1927–1936) – виникнення суперечностей у процесах і тенденціях, що спричинили послаблення медичного аспекту і посилення соціально-педагогічного спрямування в питаннях вивчення, діагностики, відмежування розумової відсталості від

близьких до неї станів. Постановою ЦВК і РНК Української РСР „Про заклади соціального виховання для дефективних дітей і підлітків” дитячі будинки було реорганізовано у спеціальні заклади таких типів: дитячий садок (для дітей 6–7 років); допоміжна школа (для дітей 8–15 років); навчально-виробничі майстерні (для підлітків 15–18 років); спеціальні допоміжні класи для дітей з легкими формами розумової відсталості при масових школах. Статутом про заклад соціального виховання дефективних дітей увага зосереджувалася на розвитку в школах дитячого комуністичного руху, залучення дітей до громадської і трудової діяльності. Ним визначалися умови прийому дітей до школи, характер педагогічної роботи з учнями, штати і керівництво цих закладів.

У теорії дефектології відбувався поступовий перехід від вивчення розумових здібностей учнів, пошуку шляхів розвитку їхньої особистості до вивчення середовища, місця і ролі учнівського колективу як основної форми життєдіяльності дітей, розроблялися нові методи вивчення їхньої поведінки.

Серед практиків та організаторів спеціального навчання існував перебільшений оптимізм в оцінці перспектив розвитку дефективних дітей, мав місце максималізм у поглядах на можливості соціального виховання, з масової до допоміжної школи переносилися мета, завдання, зміст і методи навчально-виховної роботи. На цьому етапі розвиток спеціальних шкіл відбувався в контексті становлення державної диктатури пролетаріату за відсутності закону про спеціальне навчання, без будь-якого діалогу з недержавними організаціями і зацікавленими групами населення, у відриві від європейського досвіду та досвіду благодійної діяльності. За цих умов єдиним джерелом фінансування корекційної освіти був державний бюджет, яким на розвиток спеціальної школи відводилися незначні кошти.

Четвертий період (1937–1955) – перегляд помилкових концепцій і утвердження нових поглядів на особливості розвитку розумово відсталих дітей, оригінальних підходів і рішень, які характеризувалися зваженими науковими принципами вибору методів і засобів долання і корекції їхнього розумового розвитку, їх матеріалізації і впровадження в широку педагогічну практику. У цей період здійснювалась активна перебудова структури допоміжної школи, змісту й організації навчально-виховної роботи в ній, порядку комплектування її учнями.

У цей час почали розвиватися різні типи спеціальних закладів для професійної підготовки учнів – профшколи, фабрично-заводські майстерні. Корекція вад розвитку і професійно-трудове навчання розглядаються як спеціальне завдання школи такого типу.

Уперше науково-дослідна робота в дефектології тісно перепліталася з методичною (з явним переважанням останньої) і спрямовувалася на підготовку спеціальних програм, підручників, методичних розробок, оригінальних наочних посібників, виявлення і поширення передового педагогічного досвіду. Принципово важливою була робота зі здійснення загального обов'язкового навчання всіх категорій дефективних дітей. На 1955 р. мережа допоміжних шкіл і контингент учнів у них зросли вдвічі порівняно з 1941 р.

П'ятий період (1956–1984) – утвердження нових поглядів на можливість розвитку учнів допоміжної школи шляхом організації їхньої активної діяльності, залучення до широких соціальних зв'язків, суспільно корисної продуктивної праці. Посилено розвиваються психолого-педагогічний та клінічний напрями дослідження проблеми дитячої дефективності. Науково-теоретичного й методологічного обґрунтування набула зміна структури допоміжної школи, змісту й організації навчально-виховного процесу, системи професійно-трудової підготовки, що сприяло піднесенню загальноосвітньої і корекційно-виховної ролі праці.

У науково-методичній роботі відбувалися якісні зміни – перехід від традиційного висвітлення педагогічного досвіду до наукового пояснення специфіки навчально-виховної роботи, обґрунтування корекційних методів на основі експериментальних досліджень.

Удосконалювалися принципи й методи навчання і виховання, зміст загальної освіти і професійного навчання, методики викладання навчальних предметів, система і структура закладів для розумово відсталих учнів. З метою вдосконалення професійно-трудового навчання і соціальної адаптації учнів відкриваються дев'яті класи з підвищеною професійно-трудовою підготовкою (1969) та вводиться новий предмет „Соціально-побутове орієнтування” як спеціальний вид корекційних занять, який має велике практичне значення (1981).

Дослідження труднощів і проблем соціально-трудової адаптації та інтеграції випускників змусило розширити профілі підготовки учнів з промислових, сільськогосподарських і будівельних спеціальностей, установити більш тісний зв'язок професійно-трудового навчання із загальноосвітньою підготовкою, суспільно

корисною продуктивною працею, виробничою практикою на підприємствах.

Шостий період (1985–1995) – реформування корекційної освіти осіб із психофізичними порушеннями, потреба в якому зумовлювалася підвищенням якості навчання, виховання, поліпшенням професійної підготовки і професійної орієнтації учнів, формуванням якостей особистості, які є основоположними у справі навчання і виховання розумово відсталих дітей, а також створенням незалежної Української держави. З метою створення оптимальних умов для вдосконалення змісту загальноосвітнього і професійно-трудового навчання було змінено структуру допоміжної школи. Допоміжна школа перейшла на дев'ятирічний строк навчання. А в школах, які мали достатню базу для виробничого навчання, відкривалися десятки класи.

Сьомий період (з 1996 р.) – утвердження демократичних засад розвитку суспільства, відродження духовності й національної самосвідомості, гуманізації відносин у системі „суспільство – школа”. Унаслідок кардинальних змін у соціально-політичному житті України виникла необхідність переосмислення всієї ситуації, що склалася в соціально-педагогічній і освітній галузях держави. Це викликало гостру потребу в перегляді чинних підходів до корекційної освіти, її структури, мети, завдань, змісту навчання, виховання і професійної підготовки розумово відсталих дітей в умовах переходу суспільства до ринкових відносин та реформування на цій основі всіх ділянок навчально-виховної роботи в школі. Перед олігофренопедагогікою постало завдання глибокого осмислення найсуттєвіших ідей і положень, які визначають потреби завтрашнього дня, вироблення наукового бачення перспектив подальшого поліпшення підготовки розумово відсталих школярів до самостійного життя і праці відповідно до потреб розвитку суспільства.

За останні 10 років у системі освіти дітей з розумовими вадами відбулися кардинальні зміни: обґрунтовано і розпочато перехід допоміжної школи на обов'язковий десятирічний строк навчання учнів; розроблені і впроваджуються „Державний стандарт початкової освіти розумово відсталих дітей” та „Критерії оцінювання їхніх навчальних досягнень”, розпочато перехід початкової школи та дошкільних закладів на новий зміст навчання, побудований на українознавчій основі. Новими навчальними планами, затвердженими Міністерством освіти і науки України (листопад 2004 р.), визначено інваріативну складову (у тому числі корекційно-розвиткові заняття),

сформовану на державному рівні, та варіативну, де передбачено додаткові години на вивчення предметів інваріативної складової, курси за вибором, індивідуальні та групові заняття. Типовими навчальними планами початкової допоміжної школи визначено 7 освітніх галузей: „Мова і література”, „Математика”, „Людина і світ”, „Мистецтво”, „Технології”, „Здоров'я і фізична культура”, „Корекційно-розвиткові заняття”.

Ретроспективний аналіз процесу становлення і розвитку освіти дітей з розумовою відсталістю доводить, що в кожному із зазначених періодів на процес удосконалення теорії і практики спеціального навчання значний вплив чинили економічні та соціально-педагогічні фактори й закономірності, і меншою мірою теоретичні концепції. Через це здійснювані заходи не завжди давали очікувані результати, окремі теоретичні ідеї, положення не відповідали реаліям суспільного розвитку України, спеціальним потребам школи, потенційним можливостям дітей. Нерідко бажане видавалося за дійсне (боротьба за якість знань і загальне обов'язкове навчання, за активне залучення учнів допоміжних шкіл до масового дитячого та юнацького руху, за реалізацію в допоміжній школі політехнічного навчання тощо).

Такі прагнення визначалися загальним курсом держави в галузі народної освіти та регламентувалися партійними та урядовими постановами без урахування реальних досягнень і стану розвитку дефектологічної науки. На окремих етапах процес реформування корекційної освіти стримували плутанина і довільне тлумачення окремих понять, що належать до галузі дефектології (аномальна, розумово відстала дитина, політехнізм у допоміжній школі, корекційне навчання тощо).

Будівництво демократичного суспільства в незалежній Україні вимагає переосмислення найважливіших теоретичних постулатів дефектологічної науки, особливо її методологічних засад. Унаслідок цього протягом останніх років в Інституті спеціальної педагогіки АПН України активізувалися дослідження, спрямовані на подальше поліпшення навчання, виховання, соціально-трудова адаптацію розумово відсталих дітей, пошук шляхів та механізмів інтеграції випускників шкіл для дітей з психофізичними вадами в суспільство.

Увага до осіб з обмеженими можливостями – це показник цивілізованості суспільства, але справа полягає не стільки в тому, щоб постійно опікати осіб з обмеженими можливостями, скільки в тому, щоб створити умови для їх особистісної самореалізації, суспільно значущої роботи за обраною спеціальністю. В інтересах

держави підготувати дитину з порушеннями психофізичного розвитку до майбутньої соціально прийнятної діяльності, яка відповідає її можливостям і бажанням, і гарантувати їй зайнятість, незважаючи на те, що продуктивність її праці швидше за все буде нижчою, ніж у здорової людини.

Одним із пріоритетів сучасної державної політики по праву вважається соціальна реабілітація осіб з обмеженими можливостями. Вона спрямована на максимально можливу інтеграцію осіб з обмеженнями життєдіяльності в суспільство, спирається на гарантії їх прав і передбачає їх соціальний захист, відновлення та компенсацію порушених функцій організму та втрачених зв'язків із соціальним оточенням.

Контрольні запитання та завдання

1. Дайте визначення корекційної педагогіки як науки.
2. Поясніть, чому на думку вітчизняних дефектологів, терміни „корекційна” і „спеціальна” педагогіка є дуже близькими за змістом, проте не тотожними.
3. Проаналізуйте понятійно-термінологічний словник корекційної педагогіки.
4. Назвіть мету та головні завдання корекційної педагогіки.
5. Дайте визначення основним поняттям і педагогічним категоріям корекційної педагогіки.
6. Розкрийте сутність поняття „корекція та компенсація дітей з порушеннями психофізичного розвитку”.
7. Розкрийте сутність інклюзивної освіти.
8. Обґрунтуйте необхідність корекційно-виховного процесу в спеціальній школі.
9. Охарактеризуйте основні принципи корекційної педагогіки.
10. Розкрийте методологічні основи корекційної педагогіки.
11. Розкрийте взаємозв'язок корекційної педагогіки з іншими галузями знань.
12. Складіть кросворд із понятійно-термінологічного апарату, використовуючи словник.
13. Охарактеризуйте періоди становлення і розвитку системи навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку до початку ХХ ст.

14. Охарактеризуйте основні періоди становлення і розвитку освіти дітей з розумовими вадами в Україні.

15. Охарактеризуйте сучасний період розвитку системи навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку та обґрунтуйте необхідність вивчення корекційної педагогіки майбутніми вчителями загальноосвітніх шкіл та вихователями дітей дошкільного віку.

Література

1. Бондар В. І. Історія олігофренопедагогіки: підручник / В. І. Бондар, В. В. Золотоверх. – К. : Знання, 2007. – 375 с.

2. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1973. – 175 с.

3. Дефектологический словарь / под ред. Ю.А. Кулагина, А. И. Дьячкова и др. – М. : Педагогика, 1970. – 504 с.

4. Дьячков А. И. Основы обучения и воспитания аномальных детей / под общ. ред. А. И. Дьячкова. – М. : Просвещение, 1965. – 343 с.

5. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.

6. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / В. А. Липа. – Донецк : Лебідь, 2002. – 327 с.

7. Миронова С. П. Олігофренопедагогіка. Компактний навчальний курс : навчальний посібник / С. П. Миронова. – Кам'янець-Подільський : К-ПНУ ім. І. Огієнка, 2008. – 204 с.

8. Основы корекційної педагогіки : навчальний посібник / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвеева; за заг. ред. С. П. Миронової. – Кам'янець-Подільський : К-ПНУ ім. І. Огієнка, 2010. – 264 с.

9. Свердлов А. З. Развитие духовного мира незлышащих инвалидов в процессе социально-культурной деятельности : Право на здоровье / А.З. Свердлов // Тезисы докл. V Междунар. конф. „Ребёнок в современном мире: права ребёнка”. – СПб., 1998. – С. 27–30.

10. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посібник для студ. пед. ін-тів / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 143 с.

11. Синьов В. М. До побудови загальної теорії корекційної педагогіки : визначення предмету науки / В. М. Синьов // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2004. – № 1. – С. 3–22.

12. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник / В. М. Синьов. – К. : вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2007. – Частина I. – 238 с.

13. Специальная педагогика : учебное пособие / под ред. Н. М. Назаровой. – М. : Академия, 2000. – 400 с.

14. Український дефектологічний словник / Л. В. Вавіна, А. М. Висоцька, В. В. Засенко та ін.; за ред. В. І. Бондаря. – К. : Милосердя України, 2001. – 211 с.

РОЗДІЛ II. ВИДИ, ПРИЧИНИ ТА КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ У РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ

2.1. Поняття про порушення в розвитку людини та їх причини

Поняття *аномалія розвитку* входить до кола понять, які об'єднуються терміном „дизонтогенез”, що означає різні форми порушень онтогенезу, тобто розвитку індивіда, на відміну від розвитку виду. Численними психолого-педагогічними дослідженнями доведено, що рання діагностика та корекція відхилень у розвитку дітей є головними умовами їх ефективного навчання й виховання, попередження більш важких порушень (аж до інвалідності).

Характер дизонтогенезу залежить від певних психологічних параметрів:

- особливостей функціональної локалізації порушення. Залежно від порушення розрізняють два основні види дефекту – ізольований (недорозвиток або ушкодження окремих систем аналізаторів) та загальний (порушення регуляторних коркових та підкоркових систем);
- часу ураження (чим раніше відбулося ураження, тим більша ймовірність психічного недорозвинення);
- взаємостосунків між первинним і вторинним дефектом (первинні порушення витікають із біологічного характеру дефекту: порушення слуху, зору);
- органічного ураження мозку і т.ін. (вторинні порушення виникають опосередковано в процесі аномального розвитку);
- міжфункціональних взаємодій (до них належать механізми ізоляції, патологічної фіксації, тимчасові та стійкі регресії, які виконують значну роль у формуванні різних видів асинхронного розвитку).

Поняття *аномалія* в перекладі з грец. означає відхилення від норми, загальної закономірності, неправильність у розвитку. У такому значенні це поняття існує в педагогічній і психологічній науках.

Аномальними (від грец. *anomalos* – неправильний) вважаються діти, які мають істотні відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, зумовлені вродженими та набутими дефектами, і потребують спеціальних умов навчання й виховання (Український дефектологічний словник, 2001).

Наявність того або іншого дефекту ще не зумовлює аномального розвитку. Втрата слуху на одне вухо або ураження зору на одне око

не обов'язково веде до дефекту розвитку, оскільки в цих випадках зберігається можливість сприймати звукові та зорові сигнали. Дефекти такого роду не порушують спілкування з оточуючими, не заважають оволодінню навчальним матеріалом і навчанню в масовій школі. Отже, ці дефекти не є причиною аномального розвитку.

Дефект у дорослої людини, яка досягла певного рівня загального розвитку, не може призвести до відхилень, оскільки її психічний розвиток відбувався в нормальних умовах. Таким чином, *аномальними* вважаються діти з порушенням психічного розвитку внаслідок дефекту, які *потребують спеціального навчання й виховання*.

Порушенням розвитком називається процес, у ході якого мають місце відхилення у фізичному або психічному розвитку організму, викликані різними за характером та часом виникнення причинами.

Фізичний недолік – підтверджений в установленому порядку тимчасовий або постійний недолік у розвитку та (або) функціонуванні органу людини або хронічне соматичне чи інфекційне захворювання.

Психічний недолік – підтверджений в установленому порядку тимчасовий або постійний недолік у психічному розвитку людини, у т.ч. порушення мовлення, емоційно-вольової сфери, зокрема аутизм, наслідки ушкодження мозку, зокрема розумова відсталість, затримка психічного розвитку, які створюють труднощі в навчанні.

Сучасне поняття **інвалідність** означає обмеження або відсутність (унаслідок порушення функцій) здібностей для здійснення діяльності в такій формі чи обсязі, які прийнято вважати нормальними для людини.

Інвалід (від лат. *invalidus* – слабкий, безсилий, немічний) – особа, яка нездатна частково або повністю виконувати певні дії, втратила працездатність остаточно чи на тривалий час (Український дефектологічний словник, 2001).

З точки зору охорони здоров'я процес інвалідизації має вигляд послідовного ланцюга: хвороба → порушення функцій → інвалідність → фізичні та інші дефекти.

Захворювання → обмеження фізичної активності → порушення соціальних зв'язків та умов самореалізації → втрата економічної та побутової незалежності → стійкий емоційний стрес → погіршення стану здоров'я.

Порушення функцій визначається як різна втрата чи патологія психологічної, фізіологічної чи анатомічної структури або функції.

Необхідно враховувати, що порушення функцій та інвалідність можуть бути помітними зовні або непомітними, тимчасовими або постійними, прогресуючими або регресуючими.

Дефект (від лат. *defectus* – недолік) – фізичний чи психічний недолік (вада, аномалія), який порушує хід нормального розвитку (з урахуванням віку, статі, соціальних і культурних факторів). У контексті соціокультурної теорії дефект – особливий стан людини, але в жодному разі не патологія.

У розвинених країнах акценти поступово зміщуються від того, чого „не можуть інваліди”, на те, що „можуть особи з особливими потребами”. Слово „інвалід”, яке передбачає наявність ушкоджень і недієздатність, поступово виходить з ужитку та витискується поняттями „особа з особливими потребами”, „особа з обмеженнями окремих функцій”, „особа з обмеженими можливостями” та ін.

Особливий правовий статус встановлений для інвалідів, які не досягли 18-річного віку. Ця категорія називається „діти-інваліди”. Порядок визнання громадян інвалідами, у тому числі і тих, що не досягли 18-ті років, установлений відповідним законодавством, до якого громадянин визнається інвалідом за наявності таких умов:

- 1) порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму;
- 2) обмеження життєдіяльності;
- 3) необхідність здійснення заходів соціального захисту.

Визнання особи інвалідом здійснюється Державною службою медико-соціальної експертизи на підставі заяви громадянина чи його законного представника або за напрямом медичної установи.

Усі інваліди поділяються на кілька груп за різними ознаками:

- віком – діти-інваліди та інваліди-дорослі;
- причинами походження інвалідності – інваліди з дитинства, інваліди війни, інваліди праці, інваліди загального захворювання;
- ступенем працездатності – інваліди працездатні та непрацездатні: інваліди I-ї групи (непрацездатні), інваліди II-ї групи (тимчасово непрацездатні або працездатні в обмежених сферах), інваліди III-ї групи (працездатні в полегшених умовах праці).

Не будь-яке порушення здоров'я веде до інвалідності, а тільки те, яке пов'язане зі стійким розладом функцій організму.

В основі аномального розвитку завжди лежать органічні, або функціональні порушення нервової системи, чи периферичні порушення певного аналізатора. Проте в деяких випадках відхилення

від нормального розвитку можуть бути викликані впливами соціального середовища, які не пов'язані з порушенням систем аналізаторів або центральної нервової системи. Так несприятливе виховання дитини в сім'ї може призвести до „педагогічної занедбаності”.

Відхилення виникають у процесі внутрішньоутробного, післяпологового розвитку або в результаті дії спадкових чинників. Залежно від причин виникнення аномалій та порушення розвитку їх поділяють на вроджені та набуті.

До групи *внутрішньоутробних порушень* належать чинники, які викликають захворювання матері в період вагітності: токсикоз, інтоксикація, порушення обміну речовин, імунно-патологічні стани та різна акушерська патологія (вузький таз, затяжні або стрімкі пологи, обвивання пуповиною та ін.). Крім указаних чинників, негативну роль відіграють деякі хімічні речовини, радіоактивне випромінювання. До наслідків внутрішньоутробних інфекцій нервової системи відносять мікроцефалію (зменшення розмірів черепа (мозку)), гідроцефалію (накопичення ліквору через дисбаланс його секреції та всмоктування), спастичні паралічі й парези, мимовільні нав'язливі рухи (гіперкінези).

Можливі різні ембріональні мозкові ураження внаслідок резус-несумісності крові матері та плоду. У цьому випадку часто страждають підкіркові утворення, скроневі частини кори та слухові нерви. Чим раніше в ембріогенезі ушкоджується мозок плоду, тим більш вираженими є порушення.

До групи *вроджених порушень* належать спадкові генетичні ураження. Вони характеризуються різноманітними спадково обумовленими відхиленнями в обміні речовин. Порушення хромосомного набору генів батьків можуть призвести до успадкування деяких форм розумової відсталості (хвороба Дауна), глухоти, дефектів зорового аналізатору.

Негативною причиною є алкоголізм (передусім тому, що він спричинює неповноцінність їхніх генеративних клітин, а також може призвести до алкогольної інфекції плоду) і наркоманія батьків.

Набуті порушення охоплюють різноманітні відхилення в розвитку, викликані пологовими та післяпологовими ураженнями організму дитини. Провідне місце в цій групі патологій займають асфіксія (киснева недостатність) і внутрішньочерепна родова травма. До внутрішньочерепної родової травми (зміни ЦНС, які виникли в період пологів) відносять крововиливи в речовину мозку та в його оболонки в результаті механічної травми головки плоду й

ушкодження її судин, а також розладу мозкового кровообігу. Виникнення травми можуть спричинити різні види акушерської патології, а також неправильна техніка проведення пологових операцій.

Особливу групу порушень у розвитку становлять дитячі церебральні паралічі (ДЦП), які є наслідком ушкоджень мозку, викликаних хронічним захворюваннями майбутньої матері, перенесених нею інфекційних захворювань, інтоксикацій, несумісності крові за резус-фактором, іноді – асфіксією новонароджених і родовою травмою. Ознаками ДЦП є: порушення рухового розвитку дитини, яке обумовлене аномальним розподілом м'язового тонуусу і порушенням координації рухів. Часто ДЦП поєднується з чутливими розладами, затримкою фізичного і мовленнєвого розвитку, судомами.

Післяпологові набуті аномалії розвитку є наслідками перенесених у ранньому дитячому віці захворювань. До них належать нейроінфекційні захворювання: менінгіт та енцефаліт. Захворювання менінгітом (запалення мозкових оболонок) може призвести до розвитку гідроцефалії, глухоти, рухових розладів, затримки фізичного розвитку. Наслідки перенесеного енцефаліту (запалення головного мозку) залежить від віку хворого. У ранньому дитячому віці він може стати причиною глибоких затримок психічного та моторного розвитку, афектних спалахів, нестійкого настрою.

Менінгоенцефаліт – вторинний енцефаліт – виникає в результаті перенесених дитиною різних інфекційних захворювань. Процес хвороби в цих випадках охоплює області головного та спинного мозку. Наслідками менінгоенцефаліту є численні патологічні симптоми. Це можуть бути рухові розлади, мовленнєві порушення та ін. Особливо страждає інтелект.

До гострих інфекційних захворювань нервової системи належить поліомієліт – ураження рухових нейронів головного і спинного мозку. Це хвороба рухової здатності, яка характеризується стійкими паралічами окремих груп м'язів. До уражень нервової системи призводять також такі інфекційні хвороби, як грип і кір.

Причинами набутих аномалій, які трапляються рідше, є різні травматичні ушкодження (переважно слухового та зорового аналізатора, а також черепно-мозкові травми). Унаслідок патологічних змін нервової системи черепно-мозкові травми можуть супроводжуватися вираженими змінами рухових і психічних функцій (паралічами, розладами слуху, зору, уваги, пам'яті та мовлення,

порушеннями інтелектуальної діяльності, неврозами та епілепсією).

Черепно-мозкова травма у 25-45% випадків є причиною порушень розвитку в дитячому віці. Черепно-мозкові ушкодження поділяються на закриті (струси, удар, здавлення мозку) та відкриті, при яких може зберігатися (непроникаючі) або ушкоджуватися мозкова оболонка (проникаючі). Наслідком черепно-мозкових травм можуть бути патологічні зміни рухових та фізичних функцій (паралічі, розлади слуху, зору, порушення пам'яті та мовлення, зниження інтелектуальної діяльності та ін.).

У деяких випадках причиною аномалії можуть виявитися інтоксикації. Звичайно, від інтоксикації страждає весь організм, але окремі речовини особливо активно діють на нервову систему (алкоголь, наркотики, ртуть та ін.). Із лікарських засобів особливо токсичними є великі дози антибіотика стрептоміцину: вони можуть призвести до ураження слухового нерву.

Різні захворювання носоглотки, органів зору можуть викликати важкі ускладнення та порушення відповідних аналізаторів із наслідками аномального розвитку дитини. Тому важливе їхнє своєчасне попередження та профілактика.

Порушення розвитку можуть бути викликані функціональними, а не органічними причинами, тоді говорять про **дефіцитарний розвиток**. До них належать: соціально-педагогічна занедбаність, емоційна депривація (недостатність емоційно позитивного контакту дитини з дорослими), двомовність (або багатомовність) у сім'ї, порушення мовлення оточення, обмеженість мовленнєвих контактів дитини та ін. Функціональні порушення звичайно є легшими порівняно з органічними, і при усуненні несприятливих чинників розвиток інтенсифікується, а при проведенні спеціальної корекційної роботи дитина може наздогнати в розвитку однолітків. Функціональні порушення можна попереджати та виправляти при своєчасно проведених корекційних заходах.

2.2. Класифікація дітей з порушеннями в розвитку

Більшість дослідників, які займалися вивченням проблем дітей з відхиленнями в розвитку, виділяють серед них 10 категорій. До них належать діти з порушеннями одного з аналізаторів: повною (тотальною) або частковою втратою слуху – нечуючі (глухі), слабочуючі (туговухі) або зору – незрячі (сліпі), слабозорі; із специфічними розладами мовлення (алалія, загальний недорозвиток

мовлення, заїкання та ін.); з порушеннями опорно-рухового апарату (церебральний параліч, наслідки травм хребта або перенесеного поліомієліту), з розумовою відсталістю і з різним ступенем вираженості затримки психічного розвитку (різні форми психічного недорозвинення з переважною несформованістю інтелектуальної діяльності), зі складними порушеннями (незрячі розумово відсталі, сліпоглухі, сліпоглухі з розумовою відсталістю, сліпі з порушеннями мовлення), аутичні (які активно уникають спілкування з оточуючими).

У всіх дітей з відхиленнями в розвитку мають місце:

- достатньо різко виражені специфічні для кожної групи особливості, які не властиві дітям, що нормально розвиваються, тобто порушення системи психічної діяльності. Наприклад, грубе порушення просторового орієнтування і координації рухів у незрячих (сліпих) дітей, порушення моторики в дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та інше, що перешкоджає успішній адаптації дітей у навколишньому соціальному середовищі;
- своєрідність і труднощі в оволодінні рідною мовою, які особливо помітні в дітей зі зниженим слухом та специфічними мовленнєвими порушеннями;
- відхилення в прийомі, переробці та використанні інформації, що надходить з навколишнього світу. Так, розумово відсталі діти, розглядаючи предмет, виділяють у ньому лише кілька частин та властивостей і далеко не завжди осмислюють їх значення.

Сьогодні в спеціальній психології та корекційній педагогіці існують різні класифікації порушень у розвитку (Т.А. Власова і М.С. Певзнер; В.В. Лебединський; В.А. Лапшин і Б.П. Пузанов; О.Н. Усанова). Немає єдиних критеріїв класифікації порушень у розвитку організму людини.

Деякі дослідники виділяють такі групи дітей з порушеннями в розвитку (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, 1967):

- 1) із сенсорною неповноцінністю (з порушеннями слуху, зору, мовлення, функцій опорно-рухового апарату і сенсомоторики);
- 2) затримкою психічного розвитку;
- 3) астенічним або реактивним станом і конфліктними хвилюваннями;
- 4) психопатоподібними (психопатичними) формами поведінки (емоційні порушення поведінки);

5) розумово відсталі (олігофрени в ступені дебільності, імбецильності, ідіотії);

6) з початковими проявами психічних захворювань (шизофренія, епілепсія, істерія та ін.).

Існує й інша класифікація дітей з порушеннями в розвитку (О.Н. Усанова, 1995), які обумовлені:

- 1) органічними порушеннями;
- 2) функціональною незрілістю;
- 3) психічною депривацією.

Значний інтерес становлять дослідження В.В. Лебединського (1985), який диференціював такі варіанти психічного дизонтогенезу:

1. *Загальне стійке недорозвинення*. Для цього варіанту типовий ранній час ураження, коли спостерігається виражена незрілість мозкових систем. Типовий приклад стійкого недорозвинення – олігофренія.

2. *Затриманий розвиток*. Характеризується сповільненим темпом формування пізнавальної діяльності та емоційної сфери з тимчасовою фіксацією на більш ранніх вікових етапах. Варіанти затриманого розвитку: конституційний, соматогенний, психогенний, церебральний (церебрально-органічний).

3. *Ушкоджений розвиток*. В етіології ушкодженого розвитку мають місце спадкові захворювання, внутрішньоутробні, пологові й післяпологові інфекції, інтоксикації та травми центральної нервової системи, але патологічна дія на мозок виявляється на більш пізніх етапах онтогенезу (після 2–3 років). Характерна модель ушкодженого розвитку – органічна деменція.

4. *Дефіцитарний розвиток*. Цей вид пов'язаний з важкими порушеннями систем аналізаторів (зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату).

5. *Викривлений розвиток*. У даному випадку мають місце складні поєднання загального недорозвинення, затриманого, ушкодженого та прискореного розвитку окремих психічних функцій. Характерним прикладом є ранній дитячий аутизм. Аутизм виявляється у відсутності або значному зниженні кількості контактів, у „зануренні” у свій внутрішній світ.

6. *Дисгармонійний розвиток*. Він характеризується вродженою або рано набутою стійкою диспропорційністю психічного розвитку в емоційно-вольовій сфері. Характерна модель дисгармонійного розвитку – психопатія та патологічне формування особистості.

Найбільш придатною для практичної діяльності є класифікація, запропонована В.А. Лапшиним і Б.П. Пузановим (1990):

1. Діти з порушеннями слуху і зору.

Дітей **із порушеннями слуху** поділять на 2 групи:

- 1) *глухі* (ті, що нечують) діти – з тотальним (повним) випадінням слуху або залишковим слухом, який не може бути самостійно використаний для накопичення мовленнєвого запасу. Серед дітей, що нечують, розрізняють: а) тих, які нечують без мовлення (ранооглухлі); б) тих, що нечують, які зберегли мовлення тією чи іншою мірою (пізнооглухлі). У дітей, що нечують, зниження слуху становить 75–80 дБ;
- 2) *слабочуючі* (туговухі) діти з частковою слуховою недостатністю, яка ускладнює мовленнєвий розвиток, але з можливістю самостійного накопичення мовленнєвого запасу за допомогою слухового аналізатора. У слабочуючих зниження слуху становить 20–75 дБ.

Дітей **із порушеннями зору** також поділяють на 2 групи:

- 1) *сліпі* (незрячі) діти – з повною відсутністю зорових відчуттів або світловідчуттям, яке збереглося, або залишковим зором (з максимальною гостротою зору 0,04 D на оці, яке краще бачить, із застосуванням звичайних засобів корекції – окулярів);
- 2) *слабозорі* діти – з гостротою зору на оці, яке краще бачить, від 0,05 до 0,4 D (із застосуванням окулярів).

2. Розумово відсталі діти та діти із затримкою психічного розвитку.

Розумова відсталість – стійке порушення пізнавальної діяльності в результаті органічного ураження головного мозку. Розумова відсталість виражається в двох формах: олігофренія та деменція.

Олігофренія виявляється на більш ранніх етапах онтогенезу (до 1,5–2 років), *деменція* (розпад психіки) – на більш пізніх етапах онтогенезу (після 1,5–2 років). Деменція може мати дві форми: резидуальна (залишкова) та прогредієнтна (прогресуюча).

Розрізняють три ступеня інтелектуального недорозвинення: *ідіотія* (найбільш важкий ступінь), *імбецильність* (середня та більш легка порівняно з ідіотією), *дебільність* – найлегший ступінь (порівняно з ідіотією та імбецильністю).

Дітей *із затримкою психічного розвитку* (ЗПР) диференціюють на 4 категорії: діти із ЗПР конституційного походження (гармонійний інфантилізм); соматогенного походження; психогенного походження; церебрастеничного характеру.

3. Діти з *важкими порушеннями мовлення*. Усі види мовленнєвих порушень поділяються на 2 групи: порушення усного мовлення (дисфонія, брадилалія, тахилалія, заїкання (логоневроз), дислалія, ринолалія, дизартрія, алалія, афазія); порушення письмового мовлення (дислексія, дисграфія).

4. Діти з *порушеннями опорно-рухового апарату* (ОРА). Основний контингент цієї категорії – діти, які страждають на дитячий церебральний параліч. ДЦП – захворювання незрілого мозку, яке виникає під впливом різних шкідливих чинників, які діють у період внутрішньоутробного розвитку, у момент пологів і на першому році життя дитини.

5. Діти з *зі змішаним (складним) дефектом*. Наприклад: розумово відсталі, які не чують або слабочуючі; розумово відсталі слабозорі або незрячі; сліпоглухонімі та ін.

6. Діти з *викривленим розвитком* – психопатією (стійкий дисгармонійний склад психіки) та патологією захоплень. Основою цього типу дизонтогенезу є вроджена або рано набута стійка диспропорційність психіки, переважно в емоційно-вольовій сфері, а також так звані патологічні формування особистості в результаті неправильних умов виховання. Іноді ці відхилення називають порушеннями емоційно-вольової сфери.

Наведена типологія дітей з відхиленнями в розвитку не вичерпує усіх відхилень у дитячому розвитку, за яких виникає необхідність у новій організації педагогічного процесу. Такими є, наприклад, діти з порушеннями емоційно-вольової сфери. Вони можуть також бути віднесені до категорії дітей з порушеннями психофізичного розвитку, хоча повинні навчатися за окремими програмами і за допомогою спеціальних методів.

2.3. Структура та закономірності порушеного розвитку

У 30-ті роки Л.С. Виготський висунув тезу про спільність закономірностей розвитку нормальної й аномальної дитини, що було підтверджене цілою низкою досліджень, проведених пізніше. Динаміка розвитку нормальної й аномальної дитини підпорядковується єдиним закономірностям, при цьому кожен вид

аномального розвитку характеризується своїми специфічними особливостями (В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов, 1990).

Л.С. Виготський розробив теорію складної структури аномального розвитку дитини з дефектом. Ця теорія відкинула уявлення, що існувало раніше, про ізольоване „випадіння” однієї з функцій унаслідок ураження якого-небудь аналізатора або захворювання дитини. Дефект аналізатора або інтелектуальний дефект викликає низку відхилень, створює цілісну складну картину атипичного, аномального розвитку. Складність структури аномального розвитку полягає в наявності *первинного дефекту*, викликаного біологічним чинником, та *вторинних порушень*, які виникають під впливом первинного дефекту в процесі подальшого соціального розвитку.

Так, при порушенні слухового сприйняття, яке виникло в результаті ушкодження слухового апарату і є первинним дефектом, поява глухоти не обмежується випадінням функції слухового сприйняття. Слуховий аналізатор грає виняткову роль у розвитку мовлення. І якщо глухота виникла до оволодіння мовленням, то, як наслідок, настає німота – вторинний дефект розвитку глухої дитини. Така дитина зможе оволодіти мовленням тільки в умовах спеціального навчання з використанням аналізаторів, які мають бути збережені: зору, кінестетичних відчуттів та ін.

У сліпих дітей ураження органів зору як первинний дефект помітно впливає на їх розвиток. Вторинними порушеннями виявляються недостатність просторової орієнтації, обмеження конкретних уявлень, своєрідність ходи.

Інтелектуальна недостатність, яка виникла в результаті первинного дефекту – органічного ураження головного мозку, породжує вторинні порушення вищих пізнавальних процесів (активного сприйняття, словесно-логічного мислення, мовлення, довільних форм пам'яті), які виявляються в процесі соціального розвитку дитини.

Слід звернути увагу на те, що існує взаємозалежність вторинних і первинних дефектів. Первинний дефект викликає вторинні відхилення. Але й вторинні порушення в певних умовах впливають на первинні порушення. Так неповноцінний слух і мовленнєві порушення, які виникають на цій основі, свідчать про зворотний вплив вторинного порушення на первинний. Дитина з частковою втратою слуху не буде використовувати функції, які підлягають зберіганню, якщо в неї не розвивати усне мовлення. Інакше

первинний дефект слуху посиляться.

Важливою закономірністю аномального розвитку є співвідношення первинного дефекту та вторинних відхилень. Згідно з положенням Л.С. Виготського, чим далі розведені один від одного першопричина (первинний дефект біологічного походження) і вторинний симптом (порушення в розвитку психічних процесів), тим більше можливостей відкривається для корекції вторинних порушень за допомогою спеціальної системи навчання й виховання (В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов, 1990).

Джерелом пристосування дітей з порушеннями в розвитку до навколишнього середовища є функції, які підлягають зберіганню. Функції порушеного аналізатора замінюються (компенсуються) інтенсивним використанням тих, які підлягають зберіганню. Глуха дитина активніше, ніж інші, використовує зоровий та руховий аналізатори. Сприйняттю мовлення оточення глуху дитину навчають за допомогою зору – так званого читання з губ. Постановка звуків мовлення й навчання контролю за власним мовленням здійснюються за допомогою використання кінестетичного аналізатора. Для сліпої дитини провідними стають слуховий аналізатор, дотик, нюх.

При навчанні розумово відсталих дітей використовуються аналізатори, які підлягають зберіганню (слух, зір та ін.). У навчальному процесі перевага надається наочному матеріалу, який допомагає розумово відсталій дитині осмислити навколишній світ.

Структура психіки дитини з відхиленнями в розвитку надзвичайно складна. Первинний дефект, наприклад, порушення роботи аналізаторів або специфічні мовленнєві дефекти, призводять до виникнення багатьох інших відхилень вторинного, третинного та інших порядків, які виникають у процесі онтогенетичного розвитку дитини. Так, різке зниження зору істотно обмежує можливості дитини ознайомитися з дійсністю, яка її оточує, орієнтуватися в соціальному середовищі.

Дитина, яка позбавлена слуху, не має нагоди сприймати звукові сигнали, важливі для пізнання навколишньої дійсності, для створення повних і різнобічних уявлень про об'єкти та явища (шелестіння листя, спів птахів і т.ін.). Вона не може сприймати мовлення оточення і контролювати власну вимову. За відсутності мовлення весь розвиток дитини набуває різко зміненого характеру, що у свою чергу позначається на процесі формування її особистості.

Дитина, позбавлена зору, чує мовлення людей, що її оточують, і, здається, сама успішно ним опановує. Проте, правильно вживаючи

слова, вона часто недостатньо розуміє значення багатьох із них, оскільки абсолютно не уявляє собі того, що вони позначають, тобто користується мовленнєвими штампами.

Наявність у дитини того або іншого дефекту обумовлює своєрідність її подальшого розвитку. Вона так чи інакше пристосовується до обставин, знаходить обхідні шляхи компенсації свого дефекту. Так, наприклад, у незрячих (сліпих) дітей формуються різні способи просторового орієнтування, які пов'язані з тактильними, слуховими та іншими відчуттями, що деякою мірою замінюють відсутній зір.

Встановлено, що психіка кожної дитини з відхиленнями в розвитку, характеризується багатьма специфічними особливостями. Одні з них викликаються хвороботворними чинниками та кваліфікуються як первинні дефекти. Наприклад, глухота може бути викликана атрофією слухового нерва дитини. У даному випадку втрата слуху є первинним дефектом.

Інша група охоплює так звані вторинні, третинні та дефекти іншого порядку, які обумовлені первинним дефектом. Так, наприклад, зниження слуху в дитини (первинний дефект) спричиняє за собою порушення її мовленнєвого розвитку, що є вторинним дефектом і, у свою чергу, викликає відхилення в становленні словесно-логічного мислення.

Первинні дефекти обумовлюють виникнення вторинних. У свою чергу, вторинні дефекти чинять вплив на первинні. Впливаючи на вторинний дефект, можна певною мірою чинити коригувальну дію на ту або іншу діяльність дитини.

Психіка людини формується й функціонує як єдина, дуже складна система, у якій усі складові її ланки як найтісніше зв'язані одна з одною.

Л.С. Виготський сформулював основні правила розвитку вищих психічних функцій. Він зазначає, що в онтогенезі біологічна й соціальна (історична) лінії розвитку функцій складно переплетені:

1. Історія розвитку кожної психічної функції не є прямим продовженням та вдосконаленням відповідної елементарної функції, а припускає корінну зміну напрямку розвитку в абсолютно новому плані. Іншими словами, кожна вища психічна функція є специфічним новоутворенням.

2. Вищі психічні функції не надбудовуються над елементарними процесами, як другий поверх, а уявляють собою нові психологічні системи, які складаються зі складного сплетіння елементарних

функцій, що при включенні в таку систему самі починають діяти за новими законами. Таким чином, кожна вища психічна функція визначається не тільки своєрідним поєднанням низки більш елементарних функцій, але й новим рівнем їх функціонування.

3. При виникненні порушень у розвитку в першу чергу страждає зв'язок елементарних та вищих психічних (натуральних і символічних) функцій. Це призводить до того, що елементарні процеси починають діяти як самостійні психологічні структури, що викликає повернення до більш примітивних форм поведінки.

Психічний розвиток в онтогенезі, таким чином, являє собою низку якісних переходів від одного ступеня розвитку до іншого, де кожен попередній ступінь є генетичною основою наступних ступенів або стадій розвитку.

Такі складні психічні функції, як пам'ять, активна увага та ін. формуються в процесі розвитку. В їх основу покладено не тільки природні задатки, але й форми та способи діяльності дитини, види її спілкування з оточуючими.

Складний процес розвитку особистості обумовлений єдністю біологічних і соціальних факторів. Дана єдність не виступає у вигляді механічного, статичного поєднання спадкових та середовищних чинників, а являє собою складну, диференційовану, динамічну й мінливу єдність як щодо відношенню до окремих психічних функцій, так і щодо різних етапів вікового розвитку дитини. Тому для правильного розуміння процесу психічного розвитку дитини важливо визначити роль та вагомість кожного з цих факторів.

Основні закономірності нормального й аномального розвитку єдині, хоча кожен вид відхилення додає просуванню дитини специфічний характер, уповільнюючи та істотно змінюючи його. Положення про ідентичність основних закономірностей нормального й аномального розвитку дає підстави говорити про певну спільність багатьох чинників, які обумовлюють цей процес, а також про їх значущість.

Є всі підстави поділити чинники, які впливають на розвиток дитини з обмеженими можливостями, як і дитини, яка не має певних відхилень, на три великі групи, виділивши біологічні та соціальні чинники, а також власну психічну активність дитини.

1. До **біологічних чинників**, що визначають можливості розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку, належать:

➤ *характер дефекту*, який має першорядне значення, оскільки він обумовлює основні зміни, що мають місце в загальній картині

психічного розвитку дитини. Так дитина з різким зниженням зору у всіх своїх проявах істотно відрізняється від свого однолітка з утратою слуху або з порушеннями опорно-рухового апарату;

➤ *вираженість дефекту*, від якої залежить інтенсивність прояву психологічних особливостей дитини з відхиленнями в розвитку. Це можна побачити, порівнюючи їх прояви в дітей, які характеризуються різко й слабо вираженою розумовою відсталістю. Перші, звичайно, знаходяться в спеціальних установах інтернатного типу, які організовуються Міністерством соціальної політики України, що займається соціальним захистом населення, або живуть у сім'ях. Багато з них, хоча й не позбавлені слуху, не розуміють звернених до них мовлення та жестів, не реагують на своє ім'я, самі не навчаються говорити, не засвоюють елементарних форм людської поведінки та потребують постійної допомоги й опіки. Інші нерідко відвідують звичайні дитячі садки, потім потрапляють в загальноосвітні масові школи і, лише зазнавши там невдачу, переходять на спеціальне навчання в корекційних класах або школах;

➤ *час придбання дефекту*, який істотно впливає на весь подальший перебіг розвитку дитини. Так, діти, у яких підстави для розумової відсталості виникли у внутрішньоутробному періоді, є найбільш потерпілими й такими, що найбільше відстають у розвитку. Виникнення розумової відсталості в період, коли психіка дитини вже досягла певного рівня розвитку, дає іншу, відмінну від рано набутого розумового недорозвитку (олігофренії) структуру дефекту й специфіку аномального розвитку. Наприклад, у сліпонародженої дитини відсутні зорові образи. Уявлення про навколишній світ у неї будуть формуватися за допомогою аналізаторів, які підлягають зберіганню, і мовлення. У разі втрати зору в дошкільному або молодшому шкільному віці дитина зберігає в пам'яті зорові образи, які дають їй можливість порівнювати свої нові враження з минулими образами, що збереглися.

Розвиток дитини з уродженою глухотою відрізняється від розвитку дитини, яка втратила слух після того, як мовлення в неї вже сформувалося, оскільки мовленнєвий досвід відображається на особливостях пізнавальних процесів дитини з порушеннями в розвитку (стимулюється розвиток мислення, збагачується мовленнєвий запас, використовуються словесні узагальнення);

➤ *стан здоров'я дитини*, що має дуже велике значення для її фізичного й психічного розвитку. Чим більше міцні і життєстійкі є

дитячий організм, тим більший опір він може надати різним хворобам.

Соціальні чинники відіграють величезну роль у розвитку дітей із відхиленнями в розвитку:

➤ *навчання, що не організовано*, яке відбувається стихійно. Це перш за все вплив соціального середовища, що оточує дитину: сім'ї, вулиці, знайомих дорослих і дітей, прослуховування радіопередач, перегляд телепередач і кінофільмів;

➤ *організоване навчання*, яке здійснюється нефахівцями. Це систематичні заняття батьків із дитиною, що проводяться без урахування відхилень, які в неї є, перебування у звичайних дитячих садках та школах загального призначення;

➤ *спеціально організоване навчання та виховання* дитини з відхиленнями в розвитку може проводитися в спеціальному дитячому садку або в групах звичайного дитячого садку, у спеціальній школі та в спеціальних класах, які організовуються при школах загального призначення. Спеціальне навчання найбільшою мірою відповідає потребам дитини з відхиленнями в розвитку, сприяє становленню її пізнавальної діяльності та особистості.

Корекційний вплив ґрунтується на максимальному використанні позитивних можливостей дитини з порушеннями психофізичного розвитку й поступово створює можливості для активізації порушених функцій.

У результаті такого навчання в дитини з відхиленнями в розвитку накопичуються знання, виробляються практичні вміння та навички, потрібні для життя. Крім того, відбувається корекція та компенсація дефектів, які має дитина;

➤ *власна психічна активність дитини* – її інтереси, схильності, емоції, сформованість довільних процесів. Саме тому таким важливим є виховання активної життєвої позиції у дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

І, нарешті, на своєрідність дитини з обмеженими можливостями активно впливають *умови навколишнього середовища, особливо педагогічні*.

Для розумово відсталої дитини якнайкращими умовами, які стимулюють її розвиток, будуть посилені завдання пізнавальної та трудової діяльності, які розвивають самостійність, емоційно-вольову сферу, характер.

На початкових етапах розвитку дитини з порушеннями в розвитку головною перешкодою до її навчання й виховання є

первинний дефект. За відсутності корекційної дії надалі провідного значення починають набувати вторинні порушення (відхилення), і саме вони ускладнюють соціальну адаптацію дитини. Унаслідок цього виникають педагогічна занедбаність, розлад емоційно-вольової сфери та поведінки. Це обумовлене емоційно-особистісними особливостями на фоні дефіциту спілкування, комфортності і відчуттями неуспіху.

Різні аномалії розвитку по-різному відбиваються на формуванні соціальних зв'язків дітей, на їх пізнавальних можливостях і трудовій діяльності. Залежно від характеру порушення одні дефекти можуть повністю долатися в процесі розвитку дитини, інші лише коригуватися, а деякі тільки компенсуватися. Складність і характер порушення нормального розвитку дитини визначають різні форми педагогічної роботи з нею.

Характер порушення фізичного та розумового розвитку дитини чинить вплив на весь хід і кінцевий результат розвитку її пізнавальної діяльності.

Освітній рівень дітей з обмеженими можливостями різко відрізняється. Одні з них можуть оволодіти лише елементарними загальноосвітніми знаннями, інші мають у цьому відношенні необмежені можливості.

Характер порушення впливає й на можливості учнів спеціальних шкіл щодо практичної діяльності. Одні учні спеціальної школи опановують високою кваліфікацією, інші можуть виконувати лише малокваліфіковану роботу й потребують особливої організації їх життя та праці.

Поряд із закономірностями, які є загальними для нормального та аномального психічного розвитку, виділяють закономірності, спільні для всіх типів порушеного розвитку. До них належать:

- зниження здатності до прийому, переробки, збереження та використання інформації;
- труднощі словесного опосередкування;
- уповільнення процесу формування понять.

Крім того, можна виділити специфічні закономірності, характерні для всіх порушень фізичного або сенсорного розвитку. Так, у разі розумової відсталості, затримки психічного розвитку і загального недорозвитку мовлення мають місце явища ретардації – незавершеність формування психічних функцій даного періоду.

Нарешті, є закономірності, характерні тільки для конкретного виду порушення психічного розвитку. Наприклад, при порушеннях

слуху в дітей компоненти психіки розвиваються в інших порівняно із дітьми, якічують, пропорціях, тобто існує невідповідність у розвитку наочно-образного і словесно-логічного мислення; письмове мовлення в обох формах: імпресивній (читання) й експресивній (письмо) – набуває вагомості, значущості ролі порівняно з усним.

Важливою закономірністю психічного розвитку дітей з порушеннями в розвитку є важкість їх соціальної адаптації, ускладнення у взаємостосунках і взаємодії із соціальним середовищем.

При всіх видах порушень у розвитку домінує порушення мовленнєвого спілкування, коли в дитини порушена здатність до прийому і переробки інформації. Це загальна закономірність для всіх дітей з порушеннями в розвитку. При аналізі конкретного виду порушеного розвитку необхідно враховувати прояви порушень, однакові для всієї групи, а також індивідуальні характерологічні особливості дитини. Одна категорія аномальних проявів відрізняється від іншої за низкою діагностичних і прогностично значущих показників.

Порушення розвитку в дітей є індивідуальними та багатоаспектними. Вони виявляються в інтелектуальній, руховій, мовленнєвій або сенсорній неповноцінності. Відхилення в розвитку мають різні форми та ступінь вираженості. Часто порушення стають помітними, і, якщо своєчасно не вжиті необхідні лікувально-оздоровчі та педагогічні заходи, можуть виникнути вторинні відхилення.

Різні прояви аномального розвитку по-різному піддаються коригувальній дії.

Чим ближче вторинний симптом до першопричини, тим складніше його корекція (В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов, 1990).

Завдяки теоретичним і експериментальним дослідженням відомого психолога Л.С. Виготського та його учнів, було встановлено, що педагогічна дія на вторинний дефект, який виник у дитини з відхиленнями в розвитку, є ефективнішою, ніж робота, спрямована на повну або часткову корекцію первинного дефекту. Тому корекційне навчання передбачає перш за все корекцію відхилень, обумовлених первинним дефектом.

2.4. Рухові порушення та їх оцінка в структурі порушеного розвитку

У структурі дефекту дуже важливо своєчасно знайти відхилення в розвитку та надати дитині необхідну допомогу. Розмежувати первинні й вторинні порушення в нервово-психічному розвитку можна за допомогою оцінки рухових порушень. Кожен вид рухових реакцій забезпечується цілком певними системами нервових центрів та провідних шляхів. Стан моторики дитини є ніби непрямим об'єктивним показником зрілості різних відділів центральної нервової системи (ЦНС). Багато моторних актів можливі лише за умови тісної взаємодії зорового, слухового, тактильного, рухового та кінестетичного аналізаторів.

Виняткова роль рухового аналізатора в розвитку вищих психічних функцій людини підтверджується численними дослідженнями (І.М. Сеченов, І.П. Павлов, Н.І. Жинкін та ін.). Першою, домінуючою вродженою формою діяльності людини є *рухова*. Рух, на думку багатьох дослідників, розглядається як важливий чинник у розвитку узагальнюючої функції мозку.

Рухові порушення перешкоджають корекції та компенсації основного дефекту, ускладнюють трудову адаптацію. Оцінка рухових порушень, з позицій первинних і вторинних порушень у розвитку, має виняткове значення в аспекті диференціальної діагностики різних аномалій розвитку і, що дуже важливо, визначення профілю спеціального корекційного закладу.

Є.М. Мастюкова (1987) виділяє чотири аспекти диференціальної діагностики внаслідок різних варіантів рухових порушень:

1. Рухові порушення є складовою частиною провідного дефекту і визначаються тими ж самими механізмами, що й основний дефект, а саме – недорозвиненням аналітико-синтетичної діяльності кори головного мозку (коркових зон рухового та кінестетичного аналізаторів). Це може бути моторна недостатність при неускладненій формі олігофренії.

2. Рухові порушення є вторинними щодо основного дефекту. Це може бути порушення моторики у сліпих і слабозорих дітей, яке обумовлене слабкістю кінестетичних відчуттів, дефектністю вестибулярної функції, що визначає недостатність рівноваги й координації рухів.

3. Рухові порушення є провідними в структурі складного дефекту. Видами таких складних дефектів є поєднання олігофренії і

ДЦП, порушень слуху і ДЦП. Вираженість двох дефектів може бути неоднаковою. У цьому випадку основний дефект ускладнюється додатковим.

4. Рухові порушення виступають як основний дефект. Це стосується дітей з дитячим церебральним паралічем. Патогенез ДЦП визначається порушеннями взаємодії систем регуляції довільних і мимовільних рухів. Домінуючим тут є мозкові структури, які знаходяться нижче й характеризуються підвищеною збудливістю, гальмують роботу інших нервових центрів вищих рівнів. Нейрофізіологічні передумови для розвитку довільних рухів й низки психічних функцій з цих причин при ДЦП відсутні.

Відомо, що аномалії розвитку виявляються у своєрідних відхиленнях формування деяких нервово-психічних функцій. Ці відхилення можуть бути первинними (унаслідок органічного ураження ЦНС) і вторинними (як наслідок основного дефекту). Оцінка рухових порушень дозволяє визначати й розмежовувати первинні і вторинні відхилення. Ця обставина обумовлена тим, що стан моторики дитини опосередковано свідчить про ступінь зрілості різних відділів ЦНС або про порушення дозрівання її відділів. Більшість моторних актів здійснюється за умови тісної взаємодії зорового, слухового, тактильного, рухового та кінестетичного аналізаторів. Розвиток рухового аналізатора відображає рівень інтегративності, досягнутий у загальному розвитку.

Закономірним наслідком будь-якого порушеного розвитку є своєрідна моторна недостатність і несформованість тонких, цілеспрямованих диференційованих рухів, зорово-моторної координації.

Знання загальних закономірностей та етапів нормального моторного розвитку дозволяє виявляти відхилення в розвитку рухових функцій та вибрати адекватні шляхи їх корекції.

Серед загальних закономірностей нормального моторного розвитку, які властиві й дітям з порушеним розвитком, виділяють такі:

- розвиток рухових функцій здійснюється шляхом спадкоємності й стабільності;
- послідовні стадії у розвитку функцій перекривають одна іншу. У корекційній роботі важливо не тільки зміцнювати функції, які найбільш інтенсивно формуються, але й стимулювати розвиток функцій наступного вікового етапу;

➤ у міру загального моторного дозрівання виникає все більша можливість диференціації та ізоляції окремих рухів;

➤ розвиток рухових функцій відбувається за цефалокаудальним принципом – розвиток довільних рухів починається з голови до верхніх, а потім до нижніх кінцівок. Координація рухових навичок удосконалюється в тій самій послідовності. Довільні рухи формуються в послідовності: голова, руки, ноги;

➤ розвиток рухової функції вдосконалюється від проксимального в дистальному напрямку, тобто рухи частин тіла, які розташовані ближче до середньої лінії тіла, формуються раніше, ніж рухи у більш віддалених частинах.

Для дітей з обмеженими можливостями характерний безперервний поступовий, хоча й нерівномірний фізичний розвиток. Дисгармонійність у розвитку дітей із психофізичними порушеннями знаходить свій вияв у нижчому, порівняно з нормою, рівні розвитку фізичних якостей і реалізується у вигляді рухових порушень.

Отже, специфіка рухового розвитку є загальною закономірністю порушеного розвитку, яка має свої особливості залежно від виду порушення.

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрийте зміст понять „аномальна дитина” та „аномальний розвиток”. Наведіть приклади, коли дитину не можна віднести до категорії аномальних.

2. Назвіть причини вроджених та набутих порушень у розвитку людини.

3. Охарактеризуйте сучасні підходи до процесу інвалідизації.

4. Охарактеризуйте основні групи дітей з порушеннями в розвитку.

5. Проаналізуйте сутність теорії складної структури аномального розвитку. Наведіть приклади первинного дефекту й вторинних відхилень при різних видах дитячих аномалій.

6. Охарактеризуйте основні положення концепції Л.С. Виготського.

7. Охарактеризуйте стан психіки дитини з відхиленнями в розвитку.

8. Проаналізуйте особливості рухових порушень у структурі порушеного розвитку.

9. Охарактеризуйте загальні закономірності розвитку рухового аналізатора.

10. Обґрунтуйте необхідність корекційно-виховної роботи з дітьми, які мають порушення в розвитку, та визначте умови підвищення її ефективності.

Література

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1994. – 375 с.
2. Власова Т. А. Учителю о детях с нарушениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М., 1967. – 155 с.
3. Выготский Л. С. Собр. соч. : в 6 т. / Л. С. Выготский– М. : Педагогика, 1983. – Т. 4: Детская психология. – 432 с.
4. Коррекционная педагогика : учебн. пособие / под ред. Б. П. Пузанова. – М., 1998. – 378 с.
5. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.
6. Лебединський В. В. Нарушения психического развития у детей / В. В. Лебединський. – М., 1985. – 257 с.
7. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / В. А. Липа. – Донецк : Лебідь, 2002. – 327 с.
8. Мастюкова Е. М. Двигательные нарушения в структуре аномального развития / Е. М. Мастюкова // Дефектология. – 1987. – № 3. – С. 27–35.
9. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / за ред. академіка В. І. Бондаря. – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 436 с.
10. Український дефектологічний словник / Л. В. Вавіна, А. М. Висоцька, В. В. Засенко та ін.; за ред. В. І. Бондаря. – К. : Милосердя України, 2001. – 211 с.
11. Усанова О. Н. Дети с проблемами психического развития / О. Н. Усанова. – М., 1995. – 247 с.

РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З СЕНСОРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

3.1. Загальна характеристика дітей з порушенням слуху

Слухом називається здатність організму сприймати та диференціювати звукові коливання за допомогою слухового (або звукового) аналізатора.

Слуховий аналізатор складається з периферійного, або рецепторного, відділу (зовнішнє, середнє і внутрішнє вухо), середнього, або провідникового, відділу (слуховий нерв) і центрального, коркового відділу, який розташований у скроневих долях великих півкуль. Вухо є підсилювачем і перетворювачем звукових коливань. Силу, або інтенсивність, звуку вимірюють у децибелах.

Різні порушення слухового аналізатора викликають неоднакові за ступенем вияву розлади слухової функції. Характер наслідків залежить і від часу виникнення патологічного процесу, який призвів до порушення слуху, і від того, якою мірою та в який період розвитку був порушений слух. Ураховуючи ці два головні фактори, усіх дітей з розладами слуху поділяють на три категорії: *глухих, пізнооглухлих, слабочуючих (туговухих)*.

Не тільки розлад слуху, але й недостатність мовлення, що виникає згодом, ускладнюють навчання цих дітей і визначають їх особливості, адже в розвитку дитини слух і мовлення тісно пов'язані між собою.

До категорії *глухих* належать діти, слух у яких пошкоджений так, що вони самостійно не можуть використати його для розвитку мовлення. Найхарактернішою рисою їхнього розвитку є те, що вроджене або набуте в ранньому (домовному) періоді різке ураження слуху унеможлиблює сприйняття мовлення інших і призводить до глухонімоти, тобто дитина не оволодіває звуковим мовленням без спеціального навчання, оскільки не може сприймати й наслідувати мовлення оточуючих.

Навіть якщо в глухої дитини до моменту втрати слуху був сформований певний мовленнєвий запас (наприклад, при настанні глухоти в дворічному віці), за відсутності спеціальних прийомів навчання й виховання він досить швидко втрачається. Загальний темп психічного розвитку в глухих дітей уповільнюється. Однак створення

спеціальних корекційних умов виховання, які активізують компенсаторні процеси, дає змогу поступово вирівняти їх психічний розвиток.

Серед глухих людей розрізняють: а) глухих без мовлення (ранооглухлі); б) глухих, які зберегли мовлення тією чи іншою мірою (пізнооглухлі).

У ранооглухлих дітей різко обмежена можливість оволодіння словесним мовленням, що призводить до глухонімоти, оскільки дитина не може розбірливо сприймати чуже та власне мовлення, наслідувати оточуючих. Німота є наслідком глухоти. Як правило, у глухих дітей немає органічних (первинних) уражень мовленнєвого апарату, відсутність мовлення є *вторинним порушенням*. Це призводить до різних відхилень психічного розвитку, порушень зорового сприйняття, наочного мислення та інших пізнавальних процесів. У глухої дитини уповільнюється темп психічного розвитку. Навчання глухих дітей у спеціальних (корекційних) школах згладжує дефекти психічного розвитку, долає „німоту”.

Пізнооглухлі – це категорія дітей, які втратили слух після того, як мовлення в них вже сформувалося, і тому збереглося тією чи іншою мірою. У пізнооглухлих дітей внаслідок відсутності або різкого послаблення можливості слухового контролю за власним мовленням виявляються ті чи інші дефекти вимови.

У пізнооглухлих може бути різний ступінь порушення слуху й різний рівень збереження мовлення (оскільки після виникнення порушення слуху без спеціальної педагогічної підтримки словесне мовлення починає розпадатися), але всі вони мають навички словесного спілкування, словесно-логічне мислення, яке сформувалося на тому чи іншому рівні. Для таких дітей на момент вступу до спеціальної (корекційної) школи (для слабчуючих) першочерговим завданням є засвоєння навичок зорового або (слухозорового) сприйняття мовлення, яке до них звернене.

Слабчучими (туговухими) є діти з частковою недостатністю слуху, що призводить до порушення мовленнєвого розвитку; до цієї групи належать діти зі зниженим слухом від 15 до 75 дБ; порівняно з глухими дітьми, слабчучі діти мають такий слух, який допомагає їм на основі слухового сприйняття мовлення оточуючих засвоїти мінімальний, хоча й неповноцінний за своїм фонематичним оформленням, запас слів (Український дефектологічний словник, 2001).

Категорія слабочуючих є неоднорідною. Залежно від ступеня зниження слуху та від інших факторів слабчуючі діти відрізняються за рівнем мовленнєвого розвитку. Тому з педагогічною метою слабчуючих дітей шкільного віку поділяють на дві групи (Р.М. Боскис, 1988):

1) слабчуючі, які володіють розмовним мовленням із незначними недоліками: неправильна вимова, труднощі в оволодінні грамотою, деякі відхилення в граматичній будові та ін.;

2) діти з глибокою мовленнєвою недорозвиненістю, тобто ті, які на початку навчання нагадують глухих (вимова різко перекручена, запас слів обмежений, аграматизм, інколи повна відсутність мовлення; обмежене сприйняття мовлення, з яким до них звертаються, та тексту, який читають).

У багатьох мовах існують спеціальні терміни для позначення туговухості (англ. – *hardness of hearing*, франц. – *durete d'oreille* тощо), однак досі в літературі відсутня чітка межа між туговухістю та глухотою, незважаючи на те, що між ними існує якісна відмінність: при глухоті мовлення взагалі не сприймається, при туговухості сприйняття мовлення, хоча б і посиленого, збережене. На відміну від глухих, туговухі діти володіють залишковим слухом, який може бути достатньо ефективно використаний у процесі навчання для спілкування з оточуючими та пізнання дійсності. На основі слухового сприйняття мовлення вони оволодівають обмеженим мовленнєвим запасом, який використовують у практиці спілкування.

За часом виникнення розрізняють ранню та пізню глухоту. **Рання глухота** – ураження слуху, яке виникло в дитини в домовному періоді або на початку формування мовлення. **Пізньою** вважається глухота, що вразила дитину, яка вже володіла мовленням.

У багатьох глухих має місце порушення функцій вестибулярного апарату, що найчастіше виникає при набутому враженні слухової функції.

Відчуваючи потребу в спілкуванні з тими, хто оточує, *глухі* користуються міміко-жестовою мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації за допомогою міміки та жестів, кожен з яких має своє значення. У спілкуванні глухих зі спеціально непідготовленими людьми, які чують, використання міміко-жестової мови є вкрай обмеженим. Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування у них словесного мовлення.

У навчанні глухих використовується дактильна форма мовлення – ручна азбука. Вона замінює собою усне мовлення при спілкуванні

між собою грамотних людей, що нечують. Дактильні знаки замінюють собою букви. У дактилології звичайно стільки ж знаків скільки букв є в рідній мові дитини.

Дактилологія – важливий засіб формування словесного мовлення та спілкування глухих. Вона має наочний характер, легко сприймається й відтворюється дітьми. Дактилологія полегшує дітям з порушенням слуху засвоювати усне й письмове мовлення. Вона використовується і на заняттях, і в побуті.

Пізнооглухлі діти, які втратили слух, але зберегли мовлення, мають певні переваги в розвитку слуху порівняно з дітьми, які мають уроджену глухоту або ранооглухлими. Особливе значення у навчанні і вихованні пізнооглухлих дітей має послідовне накопичення словникового запасу, розвиток усного мовлення і словесно-логічного мислення. Під час розвитку мовленнєвої діяльності пізнооглухлих дітей особливу увагу необхідно приділяти вимові слів і фраз. За обмеженої нагоди сприйняття розмовного мовлення пізнооглухлі компенсують це за допомогою навички читання з губ.

Порівняльна характеристика особливостей розвитку глухих, пізнооглухлих і слабочуючих дітей подана в табл. 1.

У процесі навчання глухих дітей існує дві системи: *білінгвістична* (з'явилася не більше 25 років тому), яка передбачає використання двох засобів освітнього процесу – національного мовлення в усній, письмовій і дактильній формі та національного жестового мовлення; і *комунікаційна*, яка ґрунтується на засвоєнні словесних форм спілкування й використанні усного мовлення. Застосування білінгвістичного підходу в навчанні глухих свідчить про те, що глухих людей стали сприймати як людей, що мають право на особливий шлях розвитку.

Мовлення *слабочуючих* має свої особливості. Дитина деякі звуки не уловлює зовсім, інші сприймає неправильно. Вона спотворено чує слово, спотворено сприймає його і тому також спотворено пише і вимовляє його. Досить слабкий словниковий запас поєднується з неправильним засвоєнням і вживанням понять. Діти легко змішують предмети й дії, близькі за звучанням слова (бутилка-булка і т.ін.). Своєрідність мовлення слабочуючих дітей слід розглядати не стільки як недостатність, скільки як процес сповільненого поступового розвитку мовлення, який підлягає особливим закономірностям.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика особливостей розвитку дітей з порушенням слуху

Особливості розвитку:	Категорії дітей з порушеннями слуху		
	Глухі діти	Пізнооглухлі діти	Слабочуючі діти
Мовлення	Відсутність можливості сприйняття мовлення інших призводить до глухонімоти, тобто дитина не оволодіває звуковим словесним мовленням без спеціального навчання	За умови спеціальної роботи з ними вдається зберегти словниковий запас і навички правильної побудови висловлювань	Діти можуть самостійно хоча б мінімально оволодівати словесним мовленням
Мови	Міміко-жестова мова	Словесна мова з дефектами вимови та побудовою висловлювань	Словесна мова з недоліками: обмежений словниковий запас, порушена граматична будова мови
Пізнавальної діяльності	Більшу роль відіграють наочно-зорові форми пізнання, ніж словесно-логічні	Використання словесних узагальнень за допомогою словесно-логічного мислення на елементарному рівні	Розвиток наочних форм пізнавальної діяльності відбувається успішніше, ніж розвиток мовлення і словесно-логічного мислення
Сприйняття інформації	Сприйняття інформації за допомогою жестів і зчитування з губ	Сприйняття інформації за допомогою жестів і зчитування з губ	Сприйняття інформації за допомогою зчитування з губ і сприймання звуків
Уваги	Не формується з народження слухова увага	Часткове формування слухової уваги	Затримується розвиток слухової уваги

Мовленнєві ускладнення слабчучих дітей сприймаються оточуючими як неухважність і навіть як інтелектуальна недостатність. Дитину часто лають, а іноді й карають за упертість, неграмотність, лінощі, не розуміючи справжніх причин цих відхилень. У результаті таке неправильне ставлення до дитини викликає в неї негативну поведінку (нерішучість, плаксивість, замкненість, невпевненість, дратівливість, негативізм). Тому обов'язковою умовою успішного розвитку слабчучих дітей є правильно організоване виховання.

Дослідження слуху проводиться в медико-педагогічних консультаціях, слухових центрах. На основі аудіометричного дослідження стає можливим диференційоване визначення ступеня зниження слуху.

Сьогодні існують різні підходи до визначення ступеня розладу слухового аналізатора (Л.В. Нейман, Б.С. Преображенський, Е. Цвікер, Р. Фельдкеллер, Н. Bienfait). Р.М. Боскіс (1963) розробила класифікацію школярів із розладами слуху з точки зору педагогіки.

До першої групи належать діти, які не можуть самостійно використовувати власний слух для накопичення мовленнєвого запасу. При аудіометрії (інструментальний метод дослідження слуху) у них діагностується втрата слуху вище 70–80 дБ. Цю групу дітей відносять до категорії глухих.

Другу групу становлять діти з таким зниженням слуху, яке заважає їм навчатись у нормальних умовах. Їх слухова функція збережена й дозволяє хоча б мінімальне накопичення мовленнєвого запасу за допомогою слухового аналізатора. Цих дітей відносять до категорії слабчучих.

Згідно з класифікацією Л.В. Неймана (1977; 2001), втрата слуху в мовному діапазоні частот поділяється на 4 ступеня: 1 ступінь – 25–40 дБ, 2 ступінь – 40–55 дБ, 3 ступінь – 55–70 дБ, 4 ступінь – 70–90 дБ.

За обсягом частот, що сприймаються, глухих дітей, які мають залишки слуху, можна поділити на 4 слухові групи, а саме: I група – діти, які сприймають лише найбільш низькі частоти (128–256 Гц); II група – діти, які сприймають низькі частоти (до 512 Гц); III група – діти, які сприймають низькі та середні частоти (до 1024 Гц); IV група – діти, які сприймають широкий діапазон частот (до 2048 Гц та вище).

Розширення слухового обсягу до 1024 Гц підвищує можливе розрізнення мовленнєвих звуків, особливо голосних -а, -о, -у. Подальше розширення слухового обсягу супроводжується й подальшим покращенням розрізнення звуків мовлення.

Л.В. Нейман також виділяє три групи слабчучючих залежно від величини втрати слуху в межах мовного діапазону: I ступінь туговухості – зниження слуху в мовному діапазоні не перевищує 50 дБ; II ступінь – до 70 дБ; III ступінь – зниження слуху в мовному діапазоні перевищує 70 дБ. У слабчучючих проблеми щодо самостійного оволодіння мовленням можуть виникнути вже при зниженні слуху на 15–20 дБ. Цей ступінь втрати слуху Л.В. Нейман пропонує вважати умовною межею між нормальним слухом і туговухістю. На його думку, умовна межа між туговухістю та глухотою пролягає на рівні 80 дБ.

За глибиною порушення слуху при туговухості можна приблизно виділити 4 ступені – легкий, помірний, значний, важкий.

До легкого ступеня туговухості належить сприйняття шепітного мовлення на відстані 3–6 м, а розмовного – 6–8 м.

При помірному ступені туговухості шепітне мовлення сприймається на відстані 1–3 м, а розмовне – 4–6 м.

При значному ступені туговухості шепіт чутний на відстані не далі, ніж 1 м від вушної раковини, а розмовне середньої гучності – 2–4 м.

При важкому ступені туговухості розрізнення шепітного мовлення можливе на відстані не далі ніж 0,5 м., а розмовного – не більше 2 м.

При туговухості у дітей особливо важливо враховувати не тільки ступінь зниження слуху, але й час, коли настало це зниження.

Особи з I ступенем туговухості сприймають розмовне мовлення на відстані понад 1 м, тобто мовленнєве спілкування для них є цілком доступним. Друга група осіб з обмеженими можливостями (II ступінь) сприймає розмовне мовлення лише на відстані менше ніж 1 м. З цими особами мовленнєве спілкування утруднене. Особи з обмеженими можливостями з III ступенем туговухості розмовного мовлення не сприймають, мовленнєве спілкування з ними можливе лише за допомогою голосу підвищеної сили.

Навіть незначне зниження слуху, яке виникло рано, може перешкоджати нормальному мовленнєвому розвитку. На відміну від глухих, слабчучючі діти здатні розрізняти знайомі слова, які вимовляються голосно, та відтворювати контур незнайомого слова, яке сприймається на слух. Як правило, вони розрізняють усі голосні та частину приголосних. Залежно від ступеня зниження слуху має місце більша або менша обмеженість мовленнєвого запасу, яка супроводжується неправильним уживанням слів.

Специфічні особливості розвитку різних категорій дітей, які страждають на розлади слуху, зумовлюють необхідність диференційованого коригувального підходу до їх навчання та виховання.

Втрата слуху та недостатній розвиток мовленнєвої діяльності призводять не тільки до ускладнення пізнавальної діяльності, але й до погіршення функціонального стану дітей із порушеннями слуху, що перешкоджає їх соціальній адаптації в середовище однолітків, якічують нормально.

Кожна група осіб з ослабленим слухом потребує різного підсилення звуків. Проте спільним для них є те, що всі вони, навіть діти з III ступенем туговухості, можуть більш-менш самостійно оволодівати мовленням на основі слухового сприйняття.

Під впливом соціальних факторів, серед яких провідним є фактор спеціального навчання й виховання, особи з порушенням слуху успішно працюють у промисловості та сільському господарстві, навчаються у вищих навчальних закладах, займаються суспільною діяльністю, досягають успіхів у науці, мистецтві, літературі та спорті.

Для дітей з порушеннями слуху, що досягли шкільного віку, організовані спеціальні навчально-виховні установи: школи для глухих і школи для слабочуючих (мають два відділення), де вони отримують цензову середню освіту, можуть продовжити навчання у вищих навчальних закладах, займатися громадською діяльністю.

3.2. Особливості психічного розвитку дітей з порушенням слуху

Основна мета ранньої діагностики та допомоги дитині з порушеннями слуху – забезпечити соціальне, емоційне, інтелектуальне та фізичне зростання й досягти максимального успіху в розвитку її можливостей.

Але, як відомо, вивчення дитини з відхиленнями в розвитку не може обмежитися тільки встановленням ступеня і важкості недоліку, а неодмінно передбачає компенсаторний процес.

Уся різноманітність порушень у розвитку дитини, яка не чує, не є наслідком тільки обмеженого доступу звукових подразників. Прямим наслідком останнього є лише порушення мовленнєвого розвитку. Мовлення виступає як засіб взаємозв'язку людей із навколишнім світом. Порушення такого зв'язку призводить до зменшення інформації, яку одержують, що позначається на розвитку всіх пізнавальних процесів.

Своєрідно відбувається розвиток *пізнавальної сфери* дітей, що не чують. У них не формується з народження слухова увага. Деяка компенсація цього пропуску залежить від ступеня порушення слухового аналізатора, активізація якого можлива тільки за умови тривалої й систематичної роботи з розвитку слухового сприйняття. У багатьох дітей дуже рано виникає концентрація уваги до губ того, хто говорить, що свідчить про пошук самою дитиною компенсаторних засобів, роль яких бере на себе зорове сприйняття. Стійкість уваги може змінюватися залежно від видів діяльності. Загальним недоліком для всіх дітей є труднощі у переключенні уваги.

Своєрідність розвитку уваги, сприйняття дітей, які мають порушення слуху, помітно впливає на діяльність *пам'яті*. У дітей домінує зорове сприйняття, тому весь процес запам'ятовування в основному будується на зорових образах, тоді як у тих, що чують, цей процес слухозоровий та спирається на активне звукове мовлення.

Відставання в *сенсорному розвитку* дітей, що не чують, пов'язане з вторинними дефектами: недорозвиненням наочної діяльності, відставанням у розвитку спілкування з дорослими, як мовленнєвого, так і невербального. Цим дітям недоступні самостійний аналіз ситуації, виділення властивостей і відносин об'єктів, істотних для виконання даної діяльності. Тільки на третьому році життя в діяльності дітей починає складатися практичне орієнтування на властивостях об'єктів, яке виявляється переважно в діях з дидактичними іграшками. Наочна діяльність не стає провідною в дітей у ранньому віці.

Відставання в розвитку *наочної та орудійної діяльності* не тільки позначається на формуванні чуттєвої основи, але й відображається на рівні розвитку наочного мислення в дітей з порушеннями слуху. Вивчення стану наочних форм мислення в дітей свідчить про відставання не тільки в розвитку наочно-образного, але й наочно-дієвого мислення. Формування наочно-дієвого, практичного мислення в них відбувається зі значним відставанням у часі й з деякими кількісними та якісними відмінностями від його становлення в дітей, що нормально розвиваються, незважаючи на наявність загальних тенденцій розвитку.

Значно повільніше, ніж у тих, що чують, йде *перехід до згорнутого орієнтування*, що сприяє безпомилковому виконанню завдання. Більшість спирається на розгорнене орієнтування. Згорнуте орієнтування має місце в поодиноких випадках, тоді як у тих, що чують, воно є переважальним. Більшість дітей з порушенням слуху

залишається на низькому рівні орієнтування впродовж усього дошкільного віку. Тільки незначна частина дітей до кінця дошкільного віку засвоює зорове і згорнуте орієнтування, що знаходить відображення у вирішенні наочно-образних завдань.

Істотною якісною відмінністю в діях дітей з порушенням слуху є те, що *мовлення* в них не бере участі в процесі вирішення наочних завдань, відсутня функція мовлення, яка планує.

Процес формування мовлення тісно пов'язаний із розвитком багатьох інших здібностей, які є передумовами для його виникнення і успішного розвитку. Мовлення передбачає сприйняття, розуміння, перекодування, програмування висловів, відтворення (моторну реалізацію). Сприйняття та розуміння супроводжуються прогнозуванням, тобто передбаченням змісту інформації. Усе це впливає на вибір мовленнєвих засобів, на форму вислову.

Порушення слуху перш за все позначається на психіці дитини, своєрідності її спілкування з людьми та навколишнім наочним світом. Відсутність внутрішнього мовлення та словесного опосередкування обмежують обсяг зовнішньої інформації і завжди супроводжуються сповільненістю та зниженням сприйняття, мислення, уваги, пам'яті, уявлення та всієї пізнавальної діяльності в цілому (Л.С. Виготський, 1924; Т.А. Власова, 1954; Р.М. Боскис, 1963; Ж.І. Шиф, 1968 та ін.).

3.3. Причини порушення слухового аналізатора

Глибоким і стійким вважається таке ураження слухової функції, при якому процес розвитку відбувається на дефективній основі і не виявляє ознак покращення ураженої функції, а лікувальні засоби є неефективними.

Усі порушення слуху поділяють на кондуктивні, нейросенсорні та змішані. Залежно від того, який відділ органу слуху постраждав, виникає та чи інша форма туговухості. При ураженні звукопровідного відділу (зовнішнє вухо, середнє вухо) може виникати кондуктивна туговухість (периферійне ураження слуху). Якщо постраждав апарат, який сприймає звуки (внутрішнє вухо, провідні шляхи, корковий центр), виникає нейросенсорна туговухість (центральне ураження слуху). При одночасному ураженні відділів, які проводять і сприймають звуки, виникає змішана форма туговухості. Звичайно при периферійному ураженні виникає туговухість, при центральному – глухота.

У сучасній аудіології існують критерії, які дають можливість визначити причини виникнення слухових порушень: спадковість, уроджена туговухість (різні захворювання матері під час вагітності до 13 тижнів), недоношеність плоду, застосування ототоксичних препаратів із порушенням режиму їх вживання. Існує кілька причин зниження слуху після народження, які належать до набутих: загальносоматичні захворювання, травми внутрішнього вуха, черепно-мозкові травми.

Уроджені порушення слуху трапляються значно рідше (приблизно у 25% дітей з недоліками слуху), ніж набуті. Неправильний внутрішньоутробний розвиток слухового органу може бути обумовлений впливом спадковості. Може бути успадкована часткова аплазія (недорозвиток) внутрішнього вуха, порушення розвитку середнього й зовнішнього вуха у вигляді відсутності барабанної порожнини та зрощення внутрішнього слухового проходу (атрезії). Спадковістю можна пояснити вроджену неповноцінність слухового органу, яка зумовлює нахил до важких порушень слуху, викликаних порівняно слабкими шкідливими впливами.

У більшості випадків слухове порушення не передається безпосередньо нащадкам, але разом із тим імовірність народження дитини з подібним порушенням у батьків з розладами слуху значно більша, ніж у тих, якічують. За даними статистики, майже 90% дітей, народжених від глухих батьків, не мають порушень слуху (Є.Г. Речицька, 2004).

Вроджене порушення слуху виникає як наслідок впливу на плід, що розвивається, різноманітних шкідливих факторів з боку організму матері. До них належать вірусні інфекції (кір, грип), особливо у випадку їхнього виникнення в матері в перші три місяці вагітності, внутрішньоутробні інтоксикації хімічними, лікарськими речовинами, алкоголем, перенесення жовтяниці й неврологічних розладів. Слуховий аналізатор може бути уражений внаслідок травми плода.

Набуті порушення слуху трапляються частіше, ніж уроджені. Серед причин, які викликають набуті недоліки слуху, основне місце займають інфекційні захворювання – менінгіт, кір, скарлатина, паротит, пневмонія. При менінгіті порушення слуху виникає внаслідок ураження апарату, який сприймає звуки, при інших інфекціях слухова функція може постраждати як у результаті враження середнього вуха, так і в результаті захворювання нервового апарату, який сприймає звуки. Захворювання апарату, який сприймає

звуків, спричиняє, як правило, більш важкі порушення слуху, ніж захворювання середнього та зовнішнього вуха. Ці, переважно дитячі, хвороби останніми роками трапляються рідше завдяки покращенню профілактичних заходів, застосуванню нових ефективних засобів і методів лікування.

Запальні процеси залишаються однією з причин значного поширення вад слуху. Від місця ураження апарату, який сприймає звуки, залежить ступінь недуга. Запалення в зоні середнього вуха (отит) викликає менш важкі наслідки для слуху, ніж ушкодження внутрішнього вуха або слухового нерву. Ушкодження центрального відділу слухового аналізатора, тобто слухової зони кори головного мозку, та провідних шляхів можуть виникнути при крововиливах, пухлинах, енцефалітах. При таких ураженнях може мати місце або незначне зниження слуху, або так звана коркова глухота, коли втрачається здатність аналізу, синтезу, отже, розуміння того, що людина чує.

Порушення слуху можуть виникнути внаслідок захворювань носа і носоглотки (хронічна нежить, аденоїдні розрощування та ін.), що спричиняють непрохідність органів середнього вуха та евстахієвої труби. Найбільші порушення слуху мають місце в тих випадках, коли ці захворювання переносяться в дитячому віці. Інколи ураження органів слуху спричиняються захворюваннями, об'єднаними у групу під назвою „неврити слухового нерву”. Ці захворювання слухового нерву і нервових клітин, які відзначаються особливою чутливістю до інтоксикації та бактерійних токсинів, призводять до повного або часткового випадіння слухової функції.

Глухота буває абсолютною лише у виняткових випадках. Звичайно, залишки слуху дозволяють сприймати окремі дуже гучні, різкі та низькі звуки (гудки, свистки і т.ін.), проте розбірливе сприйняття мовлення звичайної гучності неможливе.

Ураження слуху виникає при різноманітних травмах голови (пологових і наступних етапах). У першому випадку ушкодження слухового органу можливе внаслідок стиснення й деформації голівки плоду під час ускладнених пологів. Травми голови часто призводять до порушень слуху в грудному та переддошкільному віці.

Слухові порушення інколи розвиваються внаслідок тривалого впливу дуже сильного шуму та вібрацій, за яких з'являється відчуття тиску або болю у вухах.

В етіології порушень слухового аналізатора виділяють:

1. Захворювання зовнішнього вуха:

➤ *атрезія зовнішнього слухового проходу* – характеризується ураженням звукопровідного апарату, тобто страждає головним чином сприйняття низьких звуків; сприйняття високих тонів зберігається, кісткова провідність залишається нормальною або навіть дещо покращується;

➤ *сірчана пробка та чужорідні тіла.*

2. Захворювання барабанної перетинки. Головну небезпеку при проривах і розривах барабанної перетинки становить можливість проникнення інфекції до барабанної порожнини з подальшим розвитком гнійного запалення середнього вуха.

3. Захворювання середнього вуха:

➤ *катар середнього вуха* – має місце в дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Основну роль у виникненні катару середнього вуха в дітей виконують аденоїдні розрощування в носоглотці. Лікування катару середнього вуха зводиться до відновлення прохідності евстахієвої труби;

➤ *гостре запалення середнього вуха* (гострий середній отит). Симптоми – біль у вусі, пониження слуху, підвищення температури;

➤ *хронічне запалення середнього вуха* (хронічний середній отит). Перехід гострого отиту в хронічну форму може бути зумовлений важкістю інфекції та загальним ослабленим станом організму. Розрізняють дві форми хронічного гнійного середнього отиту: а) запальний процес обмежується тільки слизистою оболонкою середнього вуха, не переходячи на кісткові стінки барабанної порожнини; б) запальний процес переходить на кісткові стінки барабанної порожнини, викликає некроз (омертвіння) кісткової тканини, розростання грануляції і поліпів та супроводжується виділенням гною.

Ускладнення при гострому та хронічному гнійному середньому отиті: запалення осередків сосцевидного відростку, запалення внутрішнього вуха (лабіринтит), параліч лицьового нерву, запалення мозкових оболонок (менінгіт), зараження крові (сепсис). Залишкові явища після запальних процесів у середньому вусі: стійке зниження слуху, оскільки повітряна звукопередача виявляється різко порушеною.

Пониження слуху при таких рубцюватих процесах може бути значним, не досягаючи, проте, ступеня глухоти, оскільки кісткова провідність в цих випадках зберігається. Повна глухота після

запалення середнього вуха може розвинутися лише в результаті переходу гнійного процесу із середнього вуха до внутрішнього.

➤ *отосклероз* – процес, який розвивається в кістковій капсулі вушного лабіринту і полягає в розростанні кісткової тканини в ділянці ніши овального вікна. У результаті такого розростання пластинка стремечка виявляється замурованою в овальному вікні й позбавляється своєї рухливості. Отосклероз є одночасно захворюванням середнього і внутрішнього вуха.

Отосклероз починається найчастіше в юному віці (15-16 років), але окремі випадки розвитку цього захворювання мали місце в дітей більш молодшого віку. Хвороба полягає в прогресуючому падінні слуху й шумі у вухах; вона розвивається поволі, поступово, початок її часто залишається непоміченим, і хворі звертаються до лікаря звичайно вже у стадії вираженого порушення слухової функції. Отосклероз може призводити до різкої туговухості або навіть повної глухоти.

4. Захворювання внутрішнього вуха:

➤ *дефекти та ушкодження внутрішнього вуха.* У більшості вроджених дефектів внутрішнього вуха має місце недорозвинення кортієва органу, причому таким, що не розвинувся, виявляється саме специфічний кінцевий апарат слухового нерва – волоскові клітини;

Ушкодження внутрішнього вуха трапляються іноді в маленьких дітей при ударах голови (падіння з висоти); при цьому мають місце крововиливи в лабіринт та зміщення окремих ділянок його змісту. У цих випадках може ушкоджуватись одночасно також середнє вухо та слуховий нерв. Ступінь порушення слухової функції при травмах внутрішнього вуха залежить від протяжності ушкодження й може варіювати від часткової втрати слуху на одне вухо до повної двобічної глухоти;

➤ *запалення внутрішнього вуха (лабіринтит)* виникає внаслідок: переходу запального процесу із середнього вуха; поширення запалення з боку мозкових оболонок; занесення інфекції потоком крові.

При серозному лабіринтиті вестибулярна функція тією чи іншою мірою відновлюється, а при гнійному – у результаті загибелі рецепторних клітин функція вестибулярного аналізатору повністю випадає, унаслідок чого у хворого залишається надовго або назавжди невпевненість у ходьбі, невелике порушення рівноваги.

5. Захворювання слухового нерва, провідних шляхів і слухових центрів у головному мозку:

➤ *неврит слухового нерву* – охоплює не тільки захворювання стовбура слухового нерву, але й ураження нервових клітин, які входять до складу спірального нервового вузла, а також деякі патологічні процеси в клітинах кортієва органу.

Інтоксикація клітин спірального нервового вузла відбувається не тільки при отруєнні хімічними речовинами, але й під впливом токсинів, які циркулюють в крові при багатьох хворобах (наприклад, менінгіті, скарлатині, грипі, тифі, свинці). У результаті інтоксикації як хімічними отрутами, так і бактерійними, настає загибель усіх або частини клітин спірального вузла з подальшим повним або частковим випадінням слухової функції. Захворювання слухової ділянки кори головного мозку, так само як і захворювання провідних шляхів, можуть виникати при крововиливах, пухлинах, енцефаліті. Однобічні ураження призводять до зниження слуху на обидва вуха, більше – на протилежне;

➤ *шумові ураження* – у разі тривалої дії шуму розвиваються дегенеративні зміни у волоскових клітинах кортієва органу, які поширюються на нервові волокна та на клітини спірального нервового вузла;

➤ *повітряна контузія* – дія вибухової хвилі, тобто раптового різкого коливання атмосферного тиску, звичайно поєднується з впливом сильного звукового роздратування. У результаті одночасної дії обох цих чинників можуть виникати патологічні зміни у всіх відділах слухового аналізатора. Трапляються розриви барабанної перетинки, крововиливи в середньому та внутрішньому вусі, зміщення та руйнування клітин кортієва органу. Результатом такого роду ушкоджень є стійке ураження слухової функції;

➤ *функціональні порушення слуху* – тимчасові розлади слухової функції, які поєднуються іноді з порушеннями мовлення. До числа функціональних порушень слуху належить також істерична глухота, що розвивається в людей зі слабкою нервовою системою під впливом сильних подразників (переляк, страх). Випадки істеричної глухоти спостерігаються частіше в дітей.

3.4. Загальна характеристика дітей з порушенням зору

Зором називається здібність бачити, тобто відчувати і сприймати навколишній світ за допомогою зорового аналізатора.

Найбільшу кількість вражень про нього мозок отримує через зір. Він є вирішальним у формуванні уявлень про реально існуючі предмети та явища. За допомогою зору здійснюється орієнтування в просторі, формуються рухові вміння та навички, ведеться спостереження за навколишнім світом. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини.

Характерними особливостями зорового сприйняття є: дистантність, миттєвість, одночасність та цілісність сприйняття навколишнього світу. Зоровий аналізатор тісно взаємодіє з руховим, тактильним, нюховим, слуховим аналізаторами. Тому зорова функція впливає на діяльність інших функцій, і комплексно вони формують складні моделі, які відображають предмети та явища. Зоровий аналізатор складається з трьох відділів: *периферійного* (око), *провідникового* (зоровий нерв, зорові та підкоркові нервові утворення) і *центрального* (зорові зони кори головного мозку, які розташовані в потиличній ділянці).

Периферійна частина зорового аналізатора – очне яблуко – складається з трьох оболонок: *зовнішньої, середньої та внутрішньої*. Зовнішня оболонка має у своєму складі м'язи, які обертають очне яблуко, і передню прозору частину – роговицю. Середня оболонка складається з кровоносних судин, радужки та зіниці. Внутрішня оболонка (сітківка) – сприймальний апарат ока (рецепторний). Він складається із зорових клітин – паличок та колбочок. Внутрішню частину очного яблука складають скловидне тіло (безбарвна студениста маса) та зоровий нерв, який з'єднує периферійний відділ із центральним.

Рогівка, кришталік та скловидне тіло є складною оптичною заломлюючою системою ока. Нормальне функціонування цієї системи забезпечує правильну рефракцію (заломлююча здатність ока), при якій промені, що йдуть від об'єкту, заломлюються в сітківці. У цьому випадку предмет сприймається чітко та ясно. Порушення зору в людей залежить від сили хворобливих факторів, які впливають на різні відділи зорового аналізатора.

Зоровий аналізатор забезпечує виконання складних зорових функцій. Прийнято розрізняти п'ять основних зорових функцій:

- 1) центрального зору;
- 2) периферійного зору;
- 3) бінокулярного зору;
- 4) відчуття світла;
- 5) відчуття кольору.

Як зазначають В.І. Белецька, А.Н. Гнеушева (1982), Г.Г. Демірчоглян (1996) та ін., **центральний зір** вимагає яскравого світла й призначений для сприйняття кольорів та об'єктів малих розмірів. Особливістю центрального зору є сприйняття форми предметів. Тому ця функція інакше називається форменим зором. Стан центрального зору визначається гостротою зору. У медичній термінології гострота зору позначається *Visus*. Одиниця вимірювання оптичного середовища ока – діоптрія (D). Гострота зору правого ока – *Vis OD*, лівого – *Vis OS*. Зір, при якому око розрізняє дві крапки під кутом зору в одну хвилину, прийнято вважати нормальним, що дорівнює одиниці (1,0). Формений зір розвивається поступово: він виявляється на 2–3 місяці життя дитини; переміщення погляду за предметом, що рухається, формується у віці 3–5 місяців; на 4–6 місяці дитина впізнає родичів; після 6 місяців дитина розрізняє іграшки – *Vis-0,02–0,04*, від року до двох років *Vis-0,3–0,6*. Розпізнавання форми предмету в дитини з'являється раніше (5 місяців), ніж розрізнення кольору.

Бінокулярний зір – здатність просторового сприйняття, об'єму та рельєфу предметів, бачення двома очима. Його розвиток починається на 3–4 місяці життя дитини, а формування закінчується до 7–13 років. Удосконалюється він в процесі накопичення життєвого досвіду. Нормальне бінокулярне сприйняття можливе при взаємодії зорово-нервового і м'язового апаратів ока. У слабозорих дітей бінокулярне сприйняття найчастіше порушене. Однією з ознак порушення бінокулярного зору є косоокість – відхилення одного ока від правильного симетричного положення, що ускладнює здійснення зорово-просторового синтезу, викликає сповільненість темпів виконання рухів, порушення координації і т.ін. Порушення бінокулярного зору призводить до нестійкості фіксації погляду. Діти часто не можуть сприймати предмети і дії у взаємозв'язку, випробовуючи при цьому складнощі у стеженні за предметами, що рухаються (м'ячем, воланом та ін.), ступені їх віддаленості.

Периферійний зір діє в сутінках, він призначений для сприйняття навколишнього фону та крупних об'єктів, служить для орієнтування в просторі. Цей вид зору має високу чутливість до предметів, що рухаються. Стан периферійного зору характеризується полем зору. Поле зору – це простір, який сприймається одним оком при його нерухомому положенні. Зміна поля зору може бути ранньою ознакою деяких очних захворювань і ураження головного мозку. Розрізняються вони за місцем їх розташування. Порівняно невелике

звуження меж поля зору звичайно дітьми не помічається. При більш виражених змінах меж поля зору діти зазнають труднощі під час орієнтації та зорово-просторового аналізу. У слабозорих дітей мають місце різні стани полів зору, які обумовлені характером та ступенем зорової патології. Діти із звуженням поля зору близько 10° вже можуть бути визнані інвалідами по зору.

Завдяки **кольоровому зору** людина здатна сприймати й розрізняти все розмаїття кольорів у навколишньому світі. Поява реакції на розрізнення кольору в маленьких дітей відбувається в певному порядку. Найшвидше дитина починає впізнавати червоний, жовтий, зелений кольори, а пізніше – фіолетовий та синій. Око людини здатне розрізняти різноманітні кольори та відтінки при змішуванні трьох основних кольорів спектру: червоного, зеленого та синього (або фіолетового).

Випадіння або порушення одного з компонентів називається *дихромазією*. Уперше це явище описав англійський вчений-хімік Д. Дальтон, який сам страждав на цей розлад. Тому порушення кольорового зору в деяких випадках називають дальтонізмом. При порушенні сприйняття червоного кольору червоні та оранжеві відтінки дітям здаються темно-сірими або навіть чорними. Жовтий і червоний сигнал світлофора для них – один колір.

Світловідчуття – здатність сітківки сприймати світло і розрізняти його яскравість. Розрізняють світлову й темнову адаптацію. Очі, які нормально бачать, мають здатність пристосовуватися до різних умов освітлення. Світлова адаптація – пристосування органу зору до високого рівня освітлення. Світлова чутливість з'являється в дитини відразу ж після народження. Діти, у яких порушена світлова адаптація, у сутінках бачать краще, ніж на світлі. У деяких дітей із порушенням зору наголошується світлобоязнь. У цьому випадку діти користуються темними окулярами.

Ступінь порушення функції зорового аналізатора визначається зниженням гостроти зору. Гострота зору перевіряється за таблицями, складеними з 10–12 видів літер або знаків. Для перевірки гостроти зору в дітей використовуються таблиці із зображенням різних добре відомих предметів. Кожен наступний ряд знаків порівняно з попереднім позначає відповідну різницю в гостроті зору на 0,1 D. Гострота зору більшості людей, яка характеризується здатністю визначати літери або знаки десятого ряду таблиці на відстані 5 м, дорівнює 1,0 і вважається нормальною. Пацієнт, який визначає на цій

відстані літери й знаки 5 рядку, має гостроту зору 0,5, а першого рядку – 0,1.

Якщо гострота зору нижча ніж 0,1, використовується рахунок пальців. Дитина, яка рахує пальці руки на відстані 5 м, володіє гостротою зору, що дорівнює 0,09. Той же рахунок пальців рук на відстані 2 м приблизно відповідає гостроті зору 0,04, на відстані 0,5 м – 0,01, а з відстані 30 см – 0,005. Гострота зору, при якій дитина не розрізняє пальців, а бачить лише світло, дорівнює світловідчуттю. Якщо дитина не може відрізнити світла від темряви, гострота зору дорівнює нулю.

Дітей зі стійкими дефектами зору поділяють на сліпих та слабозорих.

Сліпими є діти, у яких повністю відсутні зорові відчуття або збережені відчуття світла чи залишковий зір. Сліпота – двостороння втрата зору, яка не виліковується.

Розрізняють різні ступені втрати зору: *абсолютна* (тотальна) *сліпота*, при якій повністю відсутні зорові сприйняття (відчуття світла та розпізнавання кольору); *практична сліпота*, при якій зберігається або відчуття світла на рівні розрізнення світу або темряви, або залишковий зір, який дозволяє рахувати пальці рук біля обличчя, розрізнити контури, силуети та колір предметів безпосередньо біля очей. Більшість сліпих дітей мають залишковий зір.

За часом виникнення зорового дефекту сліпих поділяють на *сліпонароджених* (якщо зір втрачено до народження та у віці до трьох років) та *осліплених* (тих, що втратили зір у подальшому житті й зберегли в пам'яті певні зорові образи).

Для сліпих дітей характерна своєрідна орієнтовна реакція на звук, бо звук є основним фактором їх орієнтування. Глибокі дефекти зору негативно впливають на формування рухових навичок сліпонародженої дитини. Невдачі та труднощі, які виникають у процесі навчання ходіння закріплюються у вигляді неприємних переживань і призводять до різкого обмеження рухових функцій у сліпих дітей.

Розвиток вищих форм пізнавальних процесів (увага, логічне мислення, вимова, пам'ять) у сліпонароджених дітей практично відбувається нормально. Разом із тим, порушення взаємодії чуттєвих та інтелектуальних функцій виявляється в деякій своєрідності їх розумової діяльності.

Осліпліх дітей відрізняє від сліпонароджених час утрати зору. Оскільки в осліпліх дітей він втрачений після народження (у дошкільному або шкільному віці), велике значення для їх розвитку має збереженість сформованих зорових уявлень. Чим пізніше дитина втратила зір і чим більше слідів колишніх зорових уявлень збереглося в її пам'яті, тим легше поповнюється образ предмета чи явища на основі словесного опису. У цьому випадку провідну роль відіграє зорова пам'ять, яка може зберігати зорові уявлення протягом тривалого часу. Поступове стирання зорових уявлень проходить у дітей індивідуально.

Процеси компенсації багато в чому залежать від збереження залишкового зору. Найнезначніші залишки зору важливі для орієнтації та пізнавальної діяльності сліпої дитини.

Велике значення для розвитку компенсаторних можливостей має слух. Слуховий аналізатор дає сліпому необхідну інформацію про вуличне оточення. Реакція на шум транспортних засобів, що рухаються, дозволяє сліпому зробити висновки про спрямованість, щільність, швидкість їх руху та як благополучно перейти вулицю.

Л.С. Виготський указував на наявність так званого шостого відчуття (теплого) у сліпих, яке дозволяє їм на відстані помічати предмети.

Сліпота, яка затримує формування руху, виявляється також на заняттях фізкультурою. З метою компенсації цього недоліку застосовують прийоми, за допомогою яких у сліпих дітей формуються навички контролю за власними рухами на основі слухових і шкіряних відчуттів. Цілеспрямовані та дозовані фізичні вправи є могутнім засобом корекції повторно порушених рухових функцій сліпих дітей.

Важливу роль у процесі компенсації сліпих відіграє мовлення. Використання систем умовних позначень дозволяє навчати сліпих читанню або письму за рельєфною системою Брайля. Ця система являє собою рельєфно-точковий шрифт, кожна літера якого складається із випуклих точок. Різноманітні комбінації цих точок дають можливість отримати кількість знаків, достатню для позначення всіх літер абетки, цифр, знаків пунктуації та ін.

Ефективним засобом, який компенсує дефекти зору сліпих дітей, є використання звукового умовного кодування. Застосовуючи різноманітні тифлопристрої на основі умовної звукової сигналізації, сліпі можуть сприймати звукові ознаки навколишнього світу та явищ.

У процесі навчання педагогам і батькам слід виходити з того,

що компенсація сліпоти починається в дитини з перших місяців її життя. Компенсація сліпоти, як указує Л.І. Солнцева (1980), є цілісним психічним утворенням, системою сенсорних, моторних, інтелектуальних компонентів, що забезпечує дитині адекватне й активне відображення зовнішнього світу і створює можливість оволодіння різними формами діяльності на кожному віковому етапі.

Дефекти зору впливають на своєрідність емоційно-вольової сфери та характеру. Труднощі в навчанні, грі, оволодінні професією, побутові проблеми викликають складні хвилювання й негативні реакції. В одних випадках своєрідність характеру й поведінки виявляється в невпевненості, пасивності, схильності та самоізоляції, в інших – у роздратуванні, збудливості і навіть агресивності.

Успіх компенсаторних процесів залежить також від таких факторів, як час і ступінь ураження зорової функції, причин, які викликають сліпоту.

Завдяки компенсації, звичайно, не відбувається повної нейтралізації дефектів. Важче за все піддаються компенсації ті психічні процеси, які найбільш тісно пов'язані з ураженням аналізатором.

Досить велику групу порівняно зі сліпими становлять *слабозорі* діти з гостротою зору на оці, яке краще бачить, при використанні звичайних засобів корекції (окулярів), від 0,05 D до 0,4 D. Слабозорими вважають також дітей з більш високою гостротою зору, але які мають інші порушення зорових функцій (наприклад, звуження меж поля зору, знижену точність). Головна відмінність сліпих дітей від слабозорих полягає в тому, що в останній групі дітей значною мірою порушений зір залишається основним засобом сприйняття. Зоровий аналізатор використовується ними як провідний у навчальному процесі (читання, письмо, фізичні вправи), так само як у дітей, що нормально бачать, тобто інші аналізатори не замінюють зорових функцій, як це відбувається у сліпих.

Слабкий зір впливає на психічний і фізичний розвиток таких дітей і може бути наслідком обмеження рухів.

Огляд навколишнього світу у слабозорих звужений, уповільнений і неточний, тому їх зорове сприйняття та враження обмежені, а уявлення мають якісну своєрідність. Наприклад, у слабозорого порушене відчуття кольору, кольорові характеристики відтінку, який сприймається, збіднені. При різко вираженій короткозорості і далекозорості слабозорий може не помітити деяких зовні слабо виражених ознак, які важливі для характеристики

предмету.

При косоокості ускладнена здатність бачити двома очима, тобто порушений бінокулярний зір. В умовах раннього спеціального навчання формений, просторовий і стереоскопічний зір розвивається й удосконалюється, що в майбутньому забезпечує формування складних просторових уявлень.

Серед слабозорих є багато людей з порушенням функцій, які розрізняють колір, і контрастною чутливістю зору, наявні вроджені форми патології відчуття кольору.

На якість сприйняття предметів чинить вплив порушення окоорухових функцій, що викликає труднощі у фіксації погляду, дослідженні динамічних змін, оцінці лінійних і умовних величин. У зв'язку з цим корекційна робота повинна бути спрямована на використання спеціальних прийомів і способів спостереження за явищами й предметами з опорою на слух, дотик, нюх, що дозволяє формувати в дітей складні синтетичні образи реальної дійсності.

Залишковий зір слабозорого має істотне значення для його розвитку, навчальної, трудової та соціальної адаптації, тому він повинен ретельно оберігатися: необхідні регулярна діагностика, періодичне консультування в офтальмолога, тифлопедагога, психолога.

Велике значення у сприйнятті та пізнанні навколишньої дійсності у сліпих і слабозорих має *дотик*. Тактильне сприйняття забезпечує отримання комплексу різноманітних відчуттів (дотик, тиск, рух, тепло, холод, біль та ін.) і допомагає визначати форму, розміри фігури, встановлювати пропорційні відносини. Різні відчуття, які сприймаються нервовими закінченнями шкіри та слизистими оболонками, передаються в кору головного мозку у відділ, пов'язаний з роботою рук та кінчиків пальців. Так незрячі і слабозорі навчаються „бачити” руками та пальцями.

Разом з дотиком у сліпих і слабозорих у різних видах діяльності важливу роль виконує *слухове сприйняття та мовлення*. Диференційоване слухове сприйняття та голосові реакції, які виникли на першій стадії компенсації сліпоти, при знайомстві з предметами стають все більш значущими засобами спілкування з навколишніми людьми. З метою залучення уваги до себе сліпа дитина використовує звуки і слова. Адекватна реакція дорослого стимулює дитину на емоційне ставлення до цього.

За допомогою звуків сліпі та слабозорі можуть вільно визначати наочні та просторові властивості навколишнього середовища. Вони

можуть за звуком визначити його джерело й місцезнаходження з більшою точністю, ніж це зробили б зрячі люди. Високий рівень розвитку просторового слуху в осіб з порушенням зору обумовлений необхідністю орієнтуватися в умовах різноманітного звукового поля.

Тому в процесі навчання та виховання сліпих і слабозорих виконуються вправи на диференціацію – розрізнення і оцінка за допомогою звуку характеру предмету, аналіз і оцінка складного звукового поля: звукові сигнали, які властиві певним предметам, пристроям, механізмам та є проявом процесів, що в них відбуваються.

Успішність оволодіння особами з порушеннями зору різними видами діяльності: наочної, ігрової, трудової, навчальної залежить від високого рівня розвитку наочно-образних уявлень, просторового мислення, просторового орієнтування.

Слабозорі діти відрізняються деякими особливостями поведінки, які викликані дратівливістю, замкнутістю, негативізмом та іншими негативними рисами характеру. Ці недоліки пояснюються невдачами й труднощами в навчанні, грі, спілкуванні з однолітками через дефект зору. Тому слабозорі діти потребують спеціальних умов навчання й виховання.

На допомогу слабозорим надаються спеціальні оптичні засоби корекції зору (телескопічні окуляри, контактні лінзи, лупи, проектори), створюється підвищене освітлення в навчальних приміщеннях, застосовуються підручники з крупним шрифтом і зошити зі спеціальним розлініюванням.

З метою компенсації зорового дефекту застосовуються тифлотехнічні й аудіовізуальні засоби навчання – фотоелектричні сигналізатори, електронно-оптичні системи із запам'ятовуваними пристроями, спеціальні телевізійні пристрої з відеомагнітофоном, калькулятори, синтезатори мовлення. Технічні засоби навчання допомагають опосередковано передати інформацію про зорові ознаки предметів і явищ, використовуючи слухові або тактильні сигнали.

У вихованні й навчанні сліпих і слабозорих дітей важливу роль відіграє трудове виховання. Дефекти зору значною мірою знижують можливості щодо праці і різко обмежують працездатність. Оволодінню доступними професіями, підвищенню продуктивності праці сліпих і слабозорих допомагає застосування спеціальних посібників і тифлотехнічних засобів.

Навчання та виховання сліпих і слабозорих дітей здійснюється в умовах відповідних спеціальних шкіл та дошкільних закладів. Останніми роками поряд з ранньою діагностикою сліпоти та

слабозорості особлива увага надається системі заходів для їх попередження. Розробляються методи ранньої діагностики очних захворювань, проводяться регулярні диспансерні обстеження дітей та їх масові профілактичні огляди офтальмологами.

У процесі соціальної адаптації та реабілітації компенсаторні можливості при різних порушеннях зору досягають високого рівня розвитку й забезпечують сліпим і слабозорим активну та творчу участь у суспільному житті.

3.5. Особливості психічного розвитку дітей з порушенням зору

Органічні розлади зорового аналізатора, порушуючи соціальні відносини, змінюючи статус дитини із зоровою недостатністю, провокують виникнення в неї специфічних установок, які опосередковано впливають на психічний розвиток дитини із зоровою депривацією. Багатьом дітям із порушенням зору властивий астеничний стан, який характеризується значним зниженням бажання грати, нервовою напругою, підвищеною стомлюваністю. Потрібно зважати на те, що діти з депривацією зору опиняються в стресових ситуаціях частіше, ніж їх однолітки, які бачать нормально. Постійна висока емоційна напруга, відчуття дискомфорту можуть в окремих випадках викликати емоційні розлади, порушення балансу процесів збудження та гальмування в корі головного мозку. Серед дітей з порушенням зору можна зустріти таких, що мають високі вольові якості, і разом з цим спостерігаються такі дефекти волі, як імпульсивна поведінка, навіюваність, упертість, негативізм. Багатьма дослідженнями доведено (М.І. Земцова, 1973; Л.І. Солнцева, 1980 та ін.), що у разі правильної організації виховання та навчання, широкого залучення в різні види діяльності відбувається формування необхідних властивостей особистості, мотивації діяльності, установок. І дитина стає практично незалежною від стану зорового аналізатора.

Особливості уваги. Через утрату зору порушується мимовільна увага (вузький запас знань та уявлень). Зниження довільної уваги обумовлене порушенням емоційно-вольової сфери і призводить до розгальмованості – низького обсягу уваги, хаотичності, тобто нецілеспрямованості, переходу від одного виду діяльності до іншого, або, навпаки, до загальмованості дітей: інертності, низького рівня переключення уваги. Увага часто переключається на другорядні об'єкти. Неуважність дітей нерідко пояснюється перевтомою через

тривалу дію слухових подразників. Тому в дітей з патологією зору стомлення настає швидше, ніж у однолітків, що бачать нормально. Слід урахувати те, що увага сліпих і слабозорих підпорядковується тим же самим законам, що й у тих, які бачать нормально, і може досягати такого самого рівня розвитку. Виховання уваги та формування уважності здійснюється на тій самій основі і тими ж самими способами, що й у масовій школі.

Особливості пам'яті. Розглядаючи специфічні особливості пам'яті слабозорих, А.Г. Литвак (1998) зазначає, що дефекти зорового аналізатора, порушуючи співвідношення основних процесів збудження та гальмування, негативно впливають на швидкість запам'ятовування. Швидке забування засвоєного матеріалу пояснюється не тільки недостатньою кількістю або відсутністю повторень, але й недостатньою значущістю об'єктів та понять, які їх позначають, про які діти з порушенням зору можуть одержати тільки вербальне знання. Обмежений обсяг, понижена швидкість та інші недоліки запам'ятовування дітей з порушенням зору мають вторинний характер, тобто обумовлені не самим дефектом зору, а відхиленнями, що викликаються ним, у психічному розвитку.

У дітей з порушенням зору підвищується роль словесно-логічної пам'яті. Виявлене слабке збереження зорових образів і зниження обсягу довготривалої пам'яті. Обсяг короточасної слухової пам'яті у всіх категорій дітей з порушенням зору високий. Образи пам'яті незрячих за відсутності підкріплення мають тенденцію до швидкого згасання. Значущість вербальної інформації для дітей з порушенням зору виконує особливу роль у її збереженні. Із віком відбувається перехід від мимовільного виду пам'яті до довільного. Погіршення рухової пам'яті спостерігається у хлопчиків у 10–11 та 14–15 років, у дівчаток у 12–15 років.

Процес пізнання у слабозорих залежить від того, наскільки повно був сформований раніше образ об'єкту, який сприймався. У слабозорих дітей має місце відставання від тих, що нормально бачать, правильності пізнання, специфічності сприйняття, для них властива велика кількість помилок, відсутність уміння виділяти і характеризувати властивості цілого образу. Проте включення аналізаторів, які підлягають зберіганню, у процес пізнання сприяє його результативності. Процеси пам'яті (збереження та забування) залежать від якості засвоєння матеріалу, його значущості для індивіда, кількості повторень, типологічних особливостей особистості.

У процесі спеціального навчання діти опановують навички дотиково-зорового і зорового пізнання, а іноді використовують навички неспецифічного пізнання за другорядними, несуттєвими ознаками (наприклад, за звуком, характерним для даного предмету, запахом, теплопровідністю та ін.). Має місце достатньо високий обсяг слухової та дотикової пам'яті. Тип і вид пам'яті залежить від характеру діяльності, що домінує, та змісту матеріалу. У дітей, що частково бачать, спостерігається зниження обсягу оперативної, короткочасної пам'яті, який змінюється залежно від фону, кольору зорових стимулів, а також від ступеня сформованості властивостей зорового сприйняття. Залучення учнів з порушенням зору до різних видів діяльності й використання всіх аналізаторів, які підлягають зберіганню, є стимулом та умовою для розвитку різних видів і типів пам'яті (А.Г. Литвак, 1998).

Особливості сприйняття. У дітей із депривацією зору зорові відчуття ослаблені, а сприйняття зовнішнього світу обмежене. Ці утруднення позначаються на ступеню повноти, цілісності образів предметів, які відображаються, і дій, але вони можуть тільки змінити тип сприйняття, але не впливають на його фізіологічний механізм. Залежно від ступеня ураження зорових функцій цілісність сприйняття є порушеною. У слабозорих домінує зорово-рухове-слухове сприйняття. У сліпих і дітей із залишковим зором основні форми сприйняття – дотиково-рухова та зорово-рухове-слухова. Порушення зорового аналізатора призводить до утворення нових зв'язків між аналізаторами, зміни домінування інших сенсорних систем. Проте яка б сенсорна система не домінувала в пізнанні навколишнього світу в осіб з порушеним зором, вона відображає взаємодію різних аналізаторів, їх взаємний вплив у процесі формування образів та є знанням про навколишній світ у формі відчуттів, думок.

Особливості мислення. Діти з порушенням зору не мають можливості сприймати навколишню ситуацію в цілому, їм доводиться аналізувати її на підставі окремих ознак, доступних для їхнього сприйняття. Тифлопсихологи стверджують, що діти з порушенням зору проходять ті ж стадії в розвитку мислення та приблизно в тому ж віці і можуть вирішувати завдання, не спираючись на зорові сприйняття. При збереженому інтелекті розумові процеси розвиваються так, як у однолітків, що бачать нормально. Проте існують і деякі відмінності. У дітей з порушенням зору звужені поняття про навколишній світ (особливо в дітей молодших класів), думки й висновки можуть бути не цілком обґрунтовані, оскільки

реальні суб'єктивні поняття недостатні або спотворені. Слабозорим властиве словесно-логічне і наочно-образне мислення.

Використовується також практично-дієвий тип мислення, коли розумові операції здійснюються в процесі маніпулювання з предметами (спортивний інвентар) і виконання фізичних вправ. Цей вид є незамінним у тих випадках, коли вирішення розумової задачі повинне здійснюватися одночасно з практичною діяльністю (Л.І. Солнцева, 2000). В окремих учнів може переважати той або інший тип мислення. Специфічний розвиток дитини з проблемами в розвитку, викликаний порушенням однієї із систем організму та його функцій, проходить на фоні активізації захисних властивостей та мобілізації резервних ресурсів, що чинять опір настанню патологічних процесів. Тут і виявляються потенційні можливості компенсації. Вони є способом пристосування особистості дитини до певного вторинного порушення в розвитку.

3.6. Причини порушення зорового аналізатора

Свідчення про відсоток сліпих дітей у світі обмежені. Дані про сліпих у Європі дозволяють припустити, що зір відсутній у 2–3 дітей на кожні 10 тисяч. За наявними оцінками, у Латинській Америці цей показник становить 4–6 дітей на 10 тисяч, а в районах Азії та Африки – 9–11 дітей. Використовуючи ці цифри, можна припустити, що у світі 1500 тис. сліпих дітей. Близько 85% з них мешкають в Азії та Африці, що відображає як високу поширеність у цих регіонах, так і наявність великої кількості дитячого населення. За наявними даними, близько 500 тисяч дітей на рік втрачають зір від різних захворювань. Близько 60% з цих дітей вмирає протягом року після втрати зору, оскільки більшість захворювань, які призводять до сліпоти в дитячому віці, асоціюються також з високим рівнем смертності.

Аналіз спеціальної літератури дозволяє порушення зору умовно розділити на глибокі та неглибокі. Г.В. Нікуліна (2002) пропонує таку класифікацію: до *глибоких* належать порушення зору, пов'язані зі значним зниженням таких найважливіших функцій, як гострота зору та (або) поле зору, що має яскраво виражену органічну зорову депривацію. Залежно від глибини та ступеня порушень перерахованих функцій, може наступати сліпота або слабозорість. До *неглибоких* зорових порушень належать порушення окоорухових функцій (косоокість, ністагм); порушення розрізнення кольору (дальтонізм, дихромазія); порушення характеру зору (порушення бінокулярного зору); порушення гостроти зору, які пов'язані з

розладами оптичних механізмів зору (міопія, гіперметропія, астигматизм, амбліопія).

Серед найхарактерних порушень зору у дітей шкільного віку можна виділити:

➤ **короткозорість (міопія)** – характеризується недостатньою заломлюючою силою ока, у результаті якого діти погано бачать на віддалі предмети, дії, а також те, що написано на класній дошці. При читанні учні наближають книгу до очей, сильно схиляють голову під час письма, прищулюють очі при розгляді предметів – це перші ознаки розвитку міопії. Зорові можливості дітей із міопією при роботі зблизька порівняно великі. Розрізняють три ступеня міопії: слабкий, середній та високий. При високому ступені міопії має місце відшарування сітчастої оболонки ока. Часто причиною відшарування сітківки є травма, надмірне фізичне навантаження, струс мозку та ін.;

➤ **далекозорість (гіперметропія)** характеризується тим, що фокус паралельних променів після їх заломлення в оці лежить позаду сітківки. У новонароджених очі, як правило, далекозорі. У міру зростання ока розмір очного яблука збільшується, і до 10 років очі стають відповідними, а якщо розвиток ока відстає, то дитина стає далекозорою. При цьому функціональні можливості зорової системи при роботі зблизька гірші, ніж у короткозорих. Далекозорим дітям доводиться надмірно напружувати свій апарат акомодатії, напружена зорова робота викликає у них зорове стомлення, яке виявляється у вигляді головного болю, важкості в очах у ділянці лобу, а іноді в запамороченні, літери при читанні зливаються, стають неясними. Усі ці явища обумовлені перевтомою війкового м'язу.

Розрізняють три ступеня далекозорості: слабкий, середній та високий. Гострота зору за слабого та середнього ступеня у більшості випадків буває нормальною. Але за високого ступеня далекозорості в дітей поганий зір як удалину, так і зблизька, зіниця звужена, розміри ока зменшені. За високого ступеня далекозорості часто розвивається збіжна косоокість. Далекозорість коригується оптичними лінзами;

➤ **косоокість** характеризується відхиленням одного з очей від загальної точки фіксації. У цих дітей має місце периферійний зір, зниження гостроти зору ока, яке косить, значно знижене або порушене сприйняття предметів двома очима та здатність зливати їх зображення в єдиний зоровий образ. Прийнято розрізняти співдружню та паралітичну косоокість. При співдружній косоокості рухливість очних яблук не обмежена. Цей вид косоокості трапляється значно частіше, ніж паралітичний. Вона може бути постійною або

періодичною, сходиться (очне яблуко відхилене до носу), розходиться (очне яблуко відхилене до скроні), однобічною (монокулярною), перемінною (відхиляється поперемінно то одне, то інше око). Співдружнтя косоокість з'являється у більшості випадків у віці від двох до чотирьох років.

Паралітична косоокість обумовлена паралічем або парезом однієї або кількох окорухових м'язів. Вона характеризується обмеженням або відсутністю рухливості ока, яке косить, у бік паралізованого м'яза;

➤ **астигматизм** – поєднання в одному оці різних видів рефракцій або різних ступенів рефракції одного виду. Симптоми астигматизму: виражені явища зорового стомлення, головні болі, рідше – хронічне запалення країв вік. Причинами розвитку астигматизму можуть бути: поранення ока, оперативні втручання на очному яблуці, хвороби рогівки.

Око людини має два окових взаємно перпендикулярних меридіана: з найбільшою і з найменшою здатністю до заломлювання. За силою заломлення впродовж меридіану розрізняють:

а) *правильний астигматизм* – має однакову заломлюючу силу впродовж всього меридіану, у більшості випадків – це вроджена або спадкова патологія;

б) *неправильний астигматизм* – розвивається внаслідок причин, які перераховані вище, характеризується змінами на різних відрізках одного меридіану, практично не піддається корекції.

Відомі три види правильного астигматизму: простий – поєднання нормального зору в одному меридіані з аномалією рефракції (міопія, гіперметропія) в іншому меридіані; складний – наявність в обох меридіанах рефракції одного характеру (міопія або гіперметропія), але різного ступеня; змішаний – поєднання міопії в одному меридіані з гіперметропією в іншому. Розрізняють також астигматизм слабкого, середнього та високого ступеня;

➤ **ністагм (тремтіння очей)** – мимовільні коливальні рухи очних яблук. За напрямом він може бути горизонтальним, вертикальним і обертальним; за видом – маятникоподібний, поштовхоподібний та змішаний. Причини виникнення ністагму: ураження таких ділянок мозку, як мозочок, гіпофіз, довгастий мозок та ін. Ністагм, як правило, не доставляє занепокоєння дітям, але вони випробовують нечіткість сприйняття навіть за достатньо високої гостроти зору, слабкість зору, яка погано піддається виправленню. Терапія ністагму здійснюється за допомогою корекції окулярами (за

наявності аномалій рефракції), медикаментозного лікування, яке може призвести до часткового зниження амплітуди ністагму, підвищення зорових функцій;

➤ **амбліопія** – зниження зору без видимих причин, яке виявляється в зниженні гостроти центрального зору. Часто виникає внаслідок вимушеної бездіяльності ока при косоокості та порушенні бінокулярного зору. При амбліопії, як правило, відсутні органічні порушення, проте в деяких випадках вона може призвести до амоврозу (повної сліпоти).

У незрячих дітей найчастіше має місце часткова або повна атрофія зорового нерву;

➤ **катаракта** – помутніння кришталика ока, що призводить до значного зниження гостроти зору;

➤ **глаукома** – підвищення внутрішньоочного тиску, який, у свою чергу, призводить до підвищення внутрішньочерепного тиску;

➤ **ретролентальна фіброплазія** – захворювання, при якому за кришталиком утворюється щільна мембрана із сполучної тканини та сітківки, яка відшаровується, у результаті токсичної дії 80–100% кисню, який дають недоношеним дітям, що викликає часткове або повне відшарування сітківки. Найчастіше ретролентальна фіброплазія закінчується сліпотою. Це захворювання на сучасному етапі займає друге місце серед очних захворювань у дітей.

У незрячих дітей також мають місце такі порушення зору, як зниження функцій зорового аналізатора, ураження органу зору або ока в цілому, пухлини мозку або ока (ретинобластома) та ін.

Учителю, вихователю, батькам необхідно уявляти як бачать діти з різними порушеннями зору (рис. 2–6).

Порушення зору в людей залежить від сили факторів хвороби, які впливають на різні відділи зорового аналізатора. Причини, які викликають порушення зорового аналізатора, поділяють на вроджені та набуті.

Вроджене порушення зорового аналізатора може бути викликане в період ембріонального розвитку (токсоплазмоз та інші інфекції, запальні процеси, порушення обміну речовин та ін.) або генетичними факторами (спадкова передача деяких дефектів зору). До аномалій розвитку спадкового походження належить мікрофтальм – груба структурна зміна ока, яке характеризується зменшенням розмірів одного або обох очей у різних ступенях виразності та значним зниженням зору. У виняткових випадках трапляється анофтальм – вроджена відсутність очей. Найбільш поширеною

формою вродженої зміни органу зору є катаракта. Вродженим захворюванням є пігментна дистрофія (дегенерація) сітківки, яка характеризується звуженням поля зору до повної його втрати, та астигматизм.

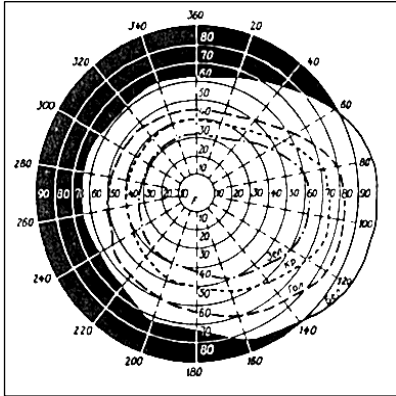


Рис. 2. Межі поля зору в нормі



Рис. 3. Зір у нормі

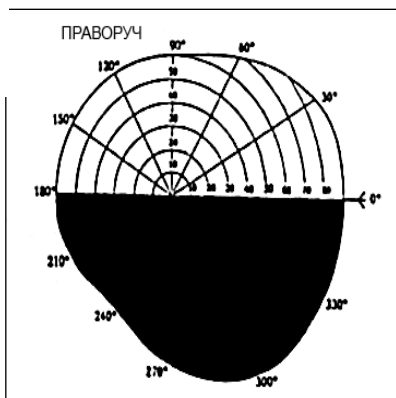


Рис. 4. Порушення нижньої половини поля зору.

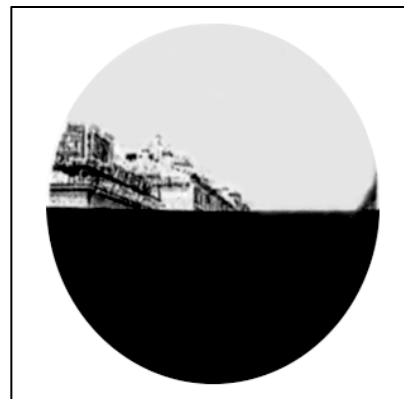


Рис. 5. Так бачить людина, яка страждає на катаракту

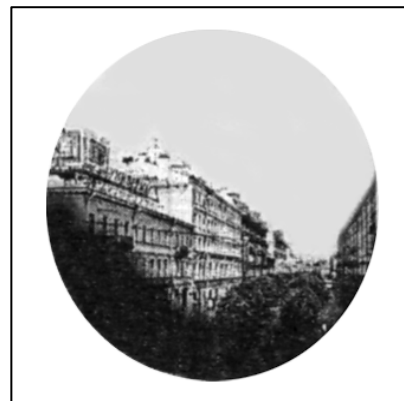


Рис. 6. Так бачить людина з відшаруванням сітківки

Інколи трапляються порушення зору, обумовлені вродженими доброякісними мозковими пухлинами. Симптоми цього захворювання виявляються не відразу, а лише на певному етапі розвитку. Зір поступово знижується, причому цей стан може супроводжуватися підвищеною втомою та головним болем. У цьому випадку необхідне оперативне втручання.

Також небезпечними є тяжкі захворювання матері під час вагітності, особливо на ранніх етапах, коли у плода формуються органи зору.

Набуті зорові аномалії можуть бути викликані: внутрішньочерепними та внутрішньоочними крововиливами, травмами голови, ускладненими пологам, різноманітними травматичними ушкодженнями мозку (удари або поранення голови) та очей у післяпологовий період, які можуть призвести до порушення зору. Набута катаракта нерідко буває травматичного походження. Тяжким захворюванням є глаукома, яка призводить до втрати зору; атрофія зорового нерву – захворювання, яке характеризується порушенням зв'язку між сітківкою ока й зоровими центрами; захворювання центральної нервової системи (менінгіт, менінгоенцефаліт).

Ускладнює наслідки багатьох аномалій прогресуючий характер зорового аналізатора. До **прогресуючих порушень** зору належать і такі види порушень заломлюючої здатності ока, як короткозорість або далекозорість, які обумовлюють значне зниження зору.

Далекозорість трапляється в дітей значно рідше, ніж короткозорість. Кількість дітей з короткозорістю має тенденцію до збільшення. Це, звичайно, відбувається при порушенні санітарно-гігієнічних норм навчального процесу (недостатнє освітлення, перевантаження зорового аналізатора). У разі прогресуючої короткозорості погіршується зір і загальний стан організму (наприклад, послаблення опорного-рухового апарату).

До непрогресуючих дефектів зорового аналізатора належать деякі вроджені вади (астигматизм, катаракта). Причинами цих дефектів можуть стати також наслідки захворювань і очних операцій.

Основні причини дитячої сліпоти визначаються здебільшого рівнем соціально-економічного розвитку країни та можливостями профілактичних і лікувальних засобів.

У розвинених країнах основними причинами є захворювання сітківки ока, зорового нерву та збільшення відрізків зорового шляху в результаті генетичних факторів та ін. Випадки катаракти становлять

приблизно 10%, і дуже мало випадків помутніння рогівки. Основні причини сліпоти в дітей з часом змінюються. Зі зміною соціально-економічного рівня країн змінюються й основні причини сліпоти в дітей, тому необхідно слідкувати за причинами дитячої сліпоти та виробити відповідні плани терапевтичних заходів.

Доведено, що чим раніше здійснюється належне медичне втручання і спеціальний корекційно-виховний вплив, тим вони ефективніші.

Контрольні запитання та завдання

1. Дайте визначення понять „глухі”, „слабочуючі”, „пізнооглухлі”.
2. Порівняйте особливості розвитку глухих, пізнооглухлих і слабочуючих дітей. Назвіть загальні та своєрідні риси розвитку цих категорій.
3. Охарактеризуйте критерії для визначення ступеня порушення слуху.
4. Визначте особливості мовлення глухих і слабочуючих дітей.
5. Перерахуйте основні причини порушення слуху.
6. Визначте напрями діяльності вчителя загальноосвітньої школи з метою надання допомоги дитині з порушенням слуху.
7. Дайте психолого-педагогічну характеристику дітей з порушенням зору.
8. Обґрунтуйте вплив глибоких порушень зору на особливості психічного розвитку дитини.
9. Обґрунтуйте роль зорового аналізатора в психічному та фізичному розвитку дитини.
10. Назвіть причини порушення зорової функції.
11. У чому полягає корекційна спрямованість навчання дітей з порушенням зору?
12. Розкрийте шляхи соціальної адаптації дітей із сенсорними порушеннями.

Література

1. Боскис Р. М. Учителю о детях с нарушениями слуха : книга для учителя / Р. М. Боскис. – 2-е изд., испр. – М. : Просвещение, 1988. – 125 с.
2. Вавіна Л. С. Розвиваємо у дитини вміння бачити : від народження до 6 років: поради батькам / Л. С. Вавіна, В. М. Ремажевська. – К. : Літера ЛТД, 2008. – 128 с.
3. Ермаков В. П. Основы тифлопедагогтики. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения : учеб. для вузов / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М. : Владос, 2000. – 200 с.
4. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования / Л.С. Выготский. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1956. – 139 с.
5. Демирчоглян Г. Г. Как сохранить и улучшить зрение / Г. Г. Демирчоглян. – Донецк, 1997. – 187 с.
6. Земцова М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения / М. И. Земцова. – М., 1973. – 157 с.
7. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.
8. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А. Г. Литвак. – СПб., 1998. – 217 с.
9. Нейман Л. В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: учебник для студентов высших учебных заведений / Л. В. Нейман, М. Р. Богомильский; под ред. В. И. Селивёрстова. – М. : Владос, 2001. – 224 с.
10. Синьова Є. П. Тифлопсихологія : підручник / Є. П. Синьова. – К. : Знання, 2008. – 365 с.
11. Солнцева Л. И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста / Л. И. Солнцева. – М., 1980. – 187 с.
12. Стернина Э. М. Теория и методика воспитания слепых и слабовидящих детей : учебное пособие / Э. М. Стернина. – Л., 1980. – 250 с.
13. Сурдопедагогика : учеб. пособие для студ. дефектол. фак. пед. ин-тов / Л. В. Андреева, К. А. Волков, Т. А. Григорьева и др.; под ред. М. И. Никитиной. – М. : Просвещение, 1989. – 384 с.
14. Український дефектологічний словник / Л. В. Вавіна, А. М. Висоцька, В. В. Засенко та ін.; за ред. В. І. Бондаря. – К.: Милосердя України, 2001. – 211 с.
15. Хрестоматія з сурдопедагогіки / за ред. Л.І. Фомічової – К., 2003. – 262 с.

РОЗДІЛ IV. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

4.1. Клініка та етіологія розумової відсталості

Серед усіх функціональних відхилень у стані здоров'я людини за соціальними наслідками розумова відсталість є найбільш поширеним і важким дефектом розвитку людини.

Під *розумовою відсталістю* розуміють стійке, явно виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло на основі органічного ураження центральної нервової системи (В.М. Синьов, Г.М. Коберник, 1994).

Розумова відсталість визначається як синонім різних за етіологією та клінічними проявами патологічних станів, загальною ознакою яких є наявність уродженого або набутого в ранньому дитинстві (до трьох років) загального психічного недорозвинення з переважною недостатністю інтелектуальних здібностей.

Термін „розумова відсталість” є достатньо узагальненим поняттям, яке включає стійкі порушення інтелекту, обумовлені різними клінічними формами інтелектуального недорозвинення – як резидуальними (олігофренія), так і прогресивними, обумовленими прогресуючими захворюваннями ЦНС. Серед клінічних форм розумової відсталості виділяють олігофренію та деменцію.

Найпоширенішою формою розумової відсталості є *олігофренія* (від грец. *olygos* – малий, *phren* – розум). Це форма психічної недорозвиненості, що виникла внаслідок ураження центральної нервової системи, насамперед кори головного мозку, у пренатальний (внутрішньоутробний), натальний (під час пологів) або постнатальний (на ранніх етапах прижиттєвого розвитку, як правило, до трьох років) періоди, яка обумовлена або спадковими чинниками, або негативним впливом навколишнього середовища. При олігофренії характерною ознакою є відсутність наростання інтелектуального дефекту.

Деменція – форма набутого слабоумства (після 3-х років), недостатність пізнавальних функцій. Деменція є розпадом сформованих інтелектуальних і психічних функцій. При деменції має місце набутий інтелектуальний дефект. При деменції в людини був період нормального (інтелектуального) розвитку, унаслідок цього може спостерігатися невідповідність між запасом знань і вкрай обмеженими можливостями їх реалізації (В.Г. Петрова, І.В. Белякова, 2002).

Одним із перших лікарів, який присвятив свою діяльність вивченню етіології розумової відсталості, був Жан-Етьєн-Домінік Ескіроль (1772–1840), він уперше вказав на те, що розумова відсталість – не хвороба, а стан. Дослідником вперше були розмежовані вроджене й набуте слабоумство.

Таким чином, уже в ХІХ столітті причини, які викликають даний патологічний стан, були розділені на ендогенні (внутрішні) і екзогенні (зовнішні). До екзогенних чинників належать різні інфекційні захворювання матері в період вагітності (вірусні захворювання, краснуха, хвороба Боткіна та ін.), зараження плоду паразитами, які потрапили в організм матері (токсоплазмоз), різні ускладнення під час пологів (пологові травми та асфіксії).

Ендогенні (внутрішні) негативні чинники призводять до вродженої олігофренії. До них належать: патологічна спадковість (венеричні й деякі інші захворювання батьків, а також розумова відсталість обох або одного з батьків), порушення хромосомного набору (хромосомна аберація), порушення ендокринної системи (фенілкетонурія), несумісність складу крові матері та дитини за резус-фактором та ін.

На перших етапах прижиттєвого розвитку дитини олігофренія виникає внаслідок запальних захворювань головного мозку, які вона перенесла (менінгіти, менінгоенцефаліти при різних вірусних інфекціях, що вражають мозок), а також як результат травматичних ушкоджень головного мозку.

Особливо слід зазначити зв'язок між такими асоціальними явищами, як алкоголізм, наркоманія і токсикоманія батьків, та появою в цих сім'ях дітей з порушеннями в розвитку, у тому числі і розумово відсталих. Алкоголізм і наркоманія можуть бути причиною розумової відсталості як екзогенного, так і ендогенного характеру. У першому випадку продукти розпаду алкоголю (токсини) завдяки загальній системі кровообігу матері і плода потрапляють у кров майбутньої дитини та отруюють її. В іншому випадку тривале вживання алкоголю та наркотиків (а також речовин, що їх заміщують) викликає незворотні патологічні зміни в генетичному апараті батьків і є причиною хромосомних та ендокринних захворювань дитини.

Прикладом хромосомної аберації є збільшення хромосомів 21 пари, яка викликає *синдром Дауна*. Трапляється як один випадок на 700 новонароджених. У всіх хворих визначається олігофренія, захворювання виявляється у зовнішній схожості всіх, хто має дане порушення.

Для осіб із синдромом Дауна характерні косоокі очі, короткий ніс із плоским широким переніссям, маленькі деформовані вуха, щелепа, яка виступає вперед, збільшений язик, короткі пальці, „сандальоподібна” щілина на стопах, поперечна долонна шкірна складка, деформація черепа. Нерідко мають місце ожиріння, розлад шкірної трофіки, вроджені вади серця, атрезії та стенози харчового каналу, діафрагмальні грижі. Виявляються порушення координації та вегетативно-трофічні розлади.

Несприятливо на розвиток мозку плода впливають хронічні інфекційні хвороби, захворювання серцево-судинної системи, нирок, печінки, порушення обміну речовин у матері, радіоактивне та рентгенівське випромінювання на статеві клітини батьків і сам плід (В.В. Лебединський, 1985).

Клінічна картина порушень пізнавальної діяльності складається з особливостей психопатологічних, неврологічних і соматичних симптомів. Ті форми, при яких наголошуються чітко окреслені специфічні симптоми, що дозволяють встановити діагноз, називаються диференційованими формами розумової відсталості. Уся решта випадків розумової належить відноситися до групи клінічно недиференційованих порушень.

За клінічними проявами всі випадки розумової відсталості поділяються на *неускладнені*, *ускладнені* і *атипові*. Неускладнені форми характеризуються відсутністю додаткових психопатологічних розладів. Ускладнені форми характеризуються наявністю додаткових психопатологічних розладів, зокрема, емоційно-вольової сфери (порушення емоційного контакту з оточуючими, емоційна збудливість, невмотивовані коливання настрою). Атиповими формами є порушення пізнавальної діяльності з частими епілептичними випадками, гідроцефалією, яка прогресує, ендокринними розладами, порушеннями зору та слуху. Для педагогічного прогнозу найбільш перспективними є діти з неускладненими формами розумової відсталості.

Сьогодні виділяють такі причини неповноцінної розумової діяльності: спадкові розлади, ранні порушення ембріонального розвитку, інші аномалії вагітності, дитячі хвороби, вплив соціального середовища, а також не встановлені.

Для всіх олігофренів характерна певна недорозвиненість емоційно-вольової сфери, якостей особистості: бідність емоційних переживань, слабкість вольових зусиль, зниження критичності та самокритичності, самостійності. Здебільшого ці недоліки є

вторинними відхиленнями в розвитку, але окремі з них, при деяких якісно своєрідних формах олігофренії, можуть бути спричинені безпосередньо додатковими локальними ураженнями в тих чи інших кіркових та підкіркових зонах головного мозку.

4.2. Характеристика ступенів інтелектуального порушення

Незважаючи на те, що розумова відсталість є дуже поширеним станом, дані про її частоту різко коливаються в різних дослідженнях. У середньому, 7–10 із 1000 дітей мають інтелектуальну недостатність і потребують спеціального навчання (Ф.А. Самсонов, 1980).

В основі визначення рівня розвитку інтелекту в сучасній психіатрії лежить визначення IQ – коефіцієнта інтелекту (IQ – відношення „інтелектуального віку” (віку, якому відповідає розвиток дитини) до паспортного віку, яке виражене у відсотках. Наприклад, при інтелекті дитини віком 10 років, який відповідає 5 рокам, $IQ = 5/10 \cdot 100\% = 50\%$), яке визначається експериментально-психологічно за методиками А. Біне і Т. Сімона, Б. Пробста, Д. Векслера. Нормальним діапазоном IQ (психічна норма) вважається показник 70–100%.

Розрізняють чотири ступеня зниження інтелекту:

- 1) легкий – рівень IQ від 50–69;
- 2) помірний – IQ від 35–49;
- 3) важкий – IQ від 20–34;
- 4) глибокий – 19 та нижче.

Згідно з міжнародною класифікацією, прийнятою на даний момент, розумову відсталість розрізняють за ступенем інтелектуального дефекту за етіологією. За глибиною інтелектуального дефекту раніше виділяли три ступеня розумового недорозвинення: дебільність, імбецильність та ідіотія. З усіх випадків розумової відсталості дебільність становить 70–80%, імбецильність – 20–25%, ідіотія – 5% (М.Г. Блюміна, 1988).

Останніми роками робляться спроби більш диференційовано класифікувати інтелектуальну недостатність. З 1999 року психіатри України перейшли на міжнародну класифікацію психічних і поведінкових розладів (МКХ-10) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) із застосуванням шифрів, які позначають ступінь інтелектуального порушення, яким користуються їх зарубіжні колеги вже близько 20 років. Ми пропонуємо скорочений варіант даної

класифікації, у якому висвітлені тільки рубрики, які найчастіше зустрічаються в роботі ПМПК (В.О. Липа, 2002):

F 0 – Органічні, у т.ч. соматичні, психічні розлади.

(F 00-F 05)

F 1 – Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.

(F 10-F 19)

F 2 – Шизофренія, шизотипічні і маревні розлади.

(F 20-F 23)

F 3 – Афективні розлади настрою.

(F 30-F 33)

F 4 – Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади.

(F 40-F 44)

F 5 – Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізіологічними чинниками.

(F 50-F 53)

F 6 – Розлади зрілої особистості і поведінки в дорослих.

(F 60-F 65)

Розділ V (P) „Класифікація психічних та поведінкових розладів”.

F 7 – Розумова відсталість.

F 70 – Легка розумова відсталість.

F 71 – Помірна розумова відсталість.

F 72 – Важка розумова відсталість.

F 73 – Глибока розумова відсталість.

F 78 – Інша розумова відсталість.

F 79 – Неуточнена розумова відсталість.

Крім основного діагнозу, діти можуть мати супутні психіатричні проблеми:

F 7x.0 – мінімальні поведінкові відхилення або їх відсутність.

F 7x.1 – значні поведінкові відхилення, що потребують уваги або лікувальних заходів.

F 7x.8 – інші поведінкові відхилення.

F 7x.9 – поведінкові відхилення не визначені.

У роботі психолого-медико-педагогічних консультацій використовується докладний перелік діагнозів та їхніх шифрів відповідно до МКХ-10:

F 70.1 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які вимагають лікування і догляду (+ психопатоподібний синдром).

- F 70.11 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією.
- F 70.12 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом.
- F 70.13 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена фенілкетонурією.
- F 70.14 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена хромосомними порушеннями.
- F 70.17 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена недоношеністю.
- F 70.18 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена іншими уточненими причинами.
- F 70.19 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена неуточненими причинами.
- F 70.8 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки (+ епілептоформний синдром).
- F 70.81 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією.
- F 70.82 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом.
- F 70.83 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена фенілкетонурією.
- F 70.84 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена хромосомними порушеннями.
- F 70.87 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена недоношеністю.
- F 70.88 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена іншими уточненими причинами.

F 70.89 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена неуточненими причинами.

F 70.9 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки.

F 70.91 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією.

F 70.92 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом.

F 70.93 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена фенілкетонурією.

F 70.94 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена хромосомними порушеннями.

F 8 – Порушення психічного розвитку.

F 80 – Специфічні розлади розвитку мовлення.

F 81 – Специфічні розлади розвитку шкільних навичок.

F 82 – Специфічні розлади розвитку рухових функцій.

F 83 – Змішані специфічні розлади розвитку.

F 84 – Загальні розлади розвитку.

F 88 – Інші розлади розвитку.

F 89 – Неуточнені розлади розвитку.

F 9 – Поведінкові та емоційні розлади, які починаються звичайно в дитячому і підлітковому віці

F 90 – Гіперкінетичні розлади.

F 91 – Розлади поведінки.

F 92 – Змішані розлади поведінки та емоцій.

F 93 – Емоційні розлади, які специфічні для дитячого віку.

F 94 – Розлади соціального функціонування з початком, який специфічний для дитячого віку.

F 95 – Тикозні розлади.

F 98 – Інші поведінкові та емоційні розлади, які починаються звичайно в дитячому і підлітковому віці.

F 99 – Неуточнений психічний розлад.

Четвертий знак шифру може використовуватися для уточнення вираженості наявних порушень поведінки:

F 7x.0. Відсутність або мінімальні порушення поведінки.

F 7x.1. Значні порушення поведінки, які потребують уваги або лікування.

F 7x.8. Інші порушення поведінки.

F 7x.9. Без вказівки на порушення поведінки.

У МКХ-10 розумова відсталість визначається як стан затриманого чи неповного розвитку психіки, який, передусім, характеризується порушеннями здібностей, що проявляються в період дозрівання та забезпечують загальний рівень інтелектуальності (когнітивних, умовних, моторних та соціальних здібностей).

Але існують й інші класифікації. Так, Ф.А. Самсонов (1980) рекомендує застосовувати таку класифікацію олігофренії: пригранична розумова відсталість, дебільність, помірна відсталість середньої важкості (неглибока імбецильність), різка розумова відсталість (імбецильність), глибока розумова відсталість (ідіотія), не уточнена за ступенем розумова відсталість.

Класифікація не враховує психічних порушень, які ускладнюють розумову відсталість. Їх облік дуже важливий для правильної розроблення медико-корекційних заходів.

У олігофренопедагогіці раніше було прийнято використовувати класифікацію розумової відсталості, яка запропонована М.С. Певзнер (1959), в основу якої покладено клініко-патогенетичний підхід. Згідно з цією класифікацією за глибиною дефекту розумову відсталість при олігофренії поділяли на три різновиди: ідіотія, імбецильність, дебільність.

Найважчий з них – *ідіотія* (від грец. *idioteia* – неосвіченість) – найглибший, крайній ступінь інтелектуальної нерозвиненості, вродженого або набутого в ранньому дитинстві недоумства (IQ < 19). Відповідно до міжнародної класифікації хвороб цей ступінь характеризується як *глибокий*. Діти цієї категорії нездатні усвідомлювати оточення; їхнє мовлення розвивається вкрай обмежено (до вимови окремих слів), у ряді випадків мовленнєві звуки не розвиваються взагалі; для них характерні важкі порушення моторної сфери з особливою недорозвиненістю координації рухів та цілеспрямованих рухових актів. У них дуже важко сформувати навіть найпростіші навички самообслуговування та людської поведінки, часто ці навички не формуються взагалі. Діти даної категорії не навчаються, знаходяться (з відома батьків) у спеціальних установах (дитячих будинках для глибоко розумово відсталих) системи соціального забезпечення. Після досягнення повноліття вони переводяться в спеціальні інтернати (будинки інвалідів).

Дещо легшим, ніж ідіотія, ступенем порушення інтелектуального та загального розвитку є *імбецильність* (від лат. *imbecillus* – слабкий, немічний). Її вважають середнім ступенем слабоумства, розумової відсталості (IQ 20–49). Відповідно до міжнародної класифікації хвороб даний ступінь підрозділяється на *важкий* та *помірний*.

Діти з *важким ступенем розумової відсталості* володіють можливостями до часткового оволодіння мовленням, засвоєння елементарних навичок самообслуговування, спроможні засвоювати деякі елементарні навички практичної та розумової діяльності, тому вони можуть оволодівати окремими нескладними (механічними) видами фізичної праці. Проте за наявності важких дефектів сприйняття, пам'яті, мислення, мовленнєвого розвитку, які поєднуються з порушеннями емоційно-вольової сфери та моторики, практично неможливо здійснювати навчання дітей даної категорії в спеціальних (корекційних) школах.

Більшість дітей мають моторні порушення, що виражаються не тільки в запізнюванні актів, які контролюють пряме положення тіла, ходьбу та біг, але і в якісній своєрідності та недорозвиненні всіх рухів. Особливо грубо недорозвинені тонкі диференційовані рухи рук і пальців (Н.Б. Лур'є, 1972). Рухи дітей сповільнені та незграбні. При важкій розумовій відсталості моторна недостатність має місце у 90–100% випадків (Д.М. Ісаєв, 2003). Соматична симптоматика у більшості хворих – частина клінічної картини, спостерігаються вади розвитку скелету, черепу, кінцівок, шкірних покривів, внутрішніх органів. У правовому відношенні діти даної категорії є недієздатними, і над ними встановлюється опіка батьків або осіб, які їх замінюють. До досягнення ними повноліття ці діти знаходяться в спеціальних дитячих будинках для глибоко розумово відсталих дітей, що належать до системи соціального захисту. Надалі вони потребують постійної опіки, тому що їхні можливості до самостійного життя та трудової діяльності в суспільстві дуже обмежені.

При *помірному ступені розумової відсталості* уражені кора великих півкуль головного мозку та утворення, які знаходяться нижче. Це порушення виявляється в ранні періоди розвитку дитини. У дитячому віці такі діти починають пізніше тримати голівку (до чотирьох-шести місяців та пізніше), самостійно перевертатися, сидіти. Опановують ходьбою після трьох років. У них практично відсутні лепет, мовлення з'являється до кінця дошкільного віку, у вигляді окремих слів, рідко фраз. Часто значно порушена

звуківимова. Істотно страждає моторика, тому навички самообслуговування формуються з трудом і в пізніші терміни, ніж у дітей, що розвиваються нормально.

Частина дітей цієї категорії може оволодівати певними знаннями, уміннями та навичками в обсязі програми, розробленої спеціально для них. Ця програма передбачає елементарне оволодіння навичками читання, письма й рахування, а також деякими простими трудовими навичками. Пізнавальні можливості різко знижені: грубо порушені моторика, сенсорика, пам'ять, увага, мислення, комунікативна функція мовлення, нездатність до самостійного понятійного мислення. Поняття, якими володіють діти, мають переважно побутовий характер, діапазон яких дуже вузький. Мовленнєвий розвиток примітивний.

У дошкільному віці вони відвідують спеціальні дитячі садки для дітей з порушенням інтелекту, а в 7–8 років – спеціальні (корекційні) школи для розумово відсталих дітей, де для них створені спеціальні класи. Діти з помірною розумовою відсталістю здатні оволодівати навичками спілкування, соціально-побутовими навичками, грамотою, рахуванням, деякими відомостями про навколишній світ. Вони достатньо мобільні, фізично активні та більшість із них мають ознаки соціального розвитку, що виявляється в здатності встановлювати контакти, спілкуватися з іншими людьми та брати участь в елементарних соціальних заняттях. У той же самий час вони не спроможні вести самостійний спосіб життя, потребують опіки.

Після закінчення школи ці діти живуть у сім'ї, вони здатні виконувати просту працю з обслуговування, брати роботу додому, яка не потребує кваліфікованої праці. Практика показує, що особи з помірним ступенем розумової відсталості справляються із сільськогосподарською працею.

Дебільність – значно менш глибокий (порівняно з ідіотією та імбецильністю) ступінь розумової відсталості, проте інтелектуальний дефект не дозволяє дітям цієї категорії оволодівати навчальною програмою масової школи (IQ 50–70). Відповідно до міжнародної класифікації хвороб даний ступінь характеризується як *легкий*. Категорія дітей із легкою розумовою відсталістю становить 70–80% від загальної кількості.

Вони відстають у розвитку від однолітків, що нормально розвиваються, пізніше починають ходити, говорити, опановувати навичками самообслуговування. Ці діти неспритні, фізично слабкі, часто хворіють. Вони мало цікавляться навколишнім світом: не

досліджують предмети, не проявляють інтересу до процесів та явищ, які відбуваються в природі, соціальному житті. До кінця дошкільного віку їх активний словник є бідним, фрази односкладові, діти не можуть передати елементарний зв'язний зміст. Пасивний словник також значно менший за обсягом. Вони не розуміють конструкцій із запереченням, інструкцій, які складаються з двох-трьох слів, навіть в шкільному віці їм важко підтримувати бесіду, оскільки вони не завжди достатньо добре розуміють питання співрозмовника.

Унаслідок яскраво вираженої недорозвиненості вищих психічних процесів у таких дітей обмежені можливості свідомого засвоєння понять, узагальнених правил, закономірностей, теоретичного матеріалу, перенесення набутих знань на нові ситуації. Оскільки в них порушена пам'ять (особливо процес логічного запам'ятовування), обсяг навчального матеріалу, який вони можуть засвоїти, значно зменшений. Уповільненість темпу сприйняття та осмислення інформації призводить до того, що дітям даної категорії потрібно набагато більше часу, ніж їхнім одноліткам, що розвиваються нормально, для усвідомлення знань, які їм повідомляються. Усе це фізіологічно обумовлене недорозвиненням аналітико-синтетичної функції кори великих півкуль головного мозку, порушеннями фонематичного слуху та фонетико-фонематичного аналізу. Засвоєння навіть елементарних математичних знань потребує досить високого ступеня абстрактного мислення, а оскільки ця функція в них порушена, вони насилу опановують простими математичними операціями.

Недостатній розвиток здібностей до встановлення та розуміння тимчасових, просторових і причинно-наслідкових відносин між об'єктами та явищами не дозволяє дітям даної категорії засвоювати матеріал в обсязі масової школи з таких предметів, як фізика, хімія та ін.

Соматичні порушення, загальна фізична ослабленість (особливо в перші роки навчання), порушення моторики властиві більшості дітей з легкою розумовою відсталістю, а також особливості емоційно-вольової сфери, системи спонукальних мотивів, характеру та поведінки, значною мірою обмежують коло їх подальшої професійно-трудової діяльності. Дана категорія дітей навчається в спеціальній (корекційній) школі для розумово відсталих дітей за спеціальними програмами, розробленими й затвердженими Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України. Після закінчення спеціальної (корекційної) школи діти цієї категорії досягають досить високого

рівня психічного розвитку. Вони стають самостійними громадянами, тобто несуть відповідальність за свої вчинки, опановують професіями, які вимагають середньої кваліфікації, мають право бути власниками будинків і т.ін.

Проте існує й категорія розумово відсталих дітей, у яких інтелектуальна неповноцінність пов'язана з такими захворюваннями центральної нервової системи, як **епілепсія** (характерні такі риси, як надмірна уповільненість, інертність усієї психічної діяльності), **шизофренія** (відбуваються глибокі зміни в емоційно-вольовій сфері особистості – зниження інтересу до навколишньої дійсності та потреби у спілкуванні, патологічна замкненість у собі, у світі власних ілюзій), **ревматичні ураження**. Для всіх дітей, які віднесені до цих категорій розумової відсталості, характерною є деградація, тобто зниження психічної діяльності, яке прогресує.

4.3. Особливості психічного розвитку дітей з порушенням інтелектуального розвитку

Психіка розумово відсталих дітей характеризується такими проявами.

1. Стійке порушення пізнавальної діяльності. Воно виявляється у відсутності потреби в знаннях, млявості розумової діяльності, невмінні аналізувати й узагальнювати, у сукупності виділяти головне, проводити порівняння, знаходити схожість, оцінювати себе та свою роботу. Має місце недостатність усіх рівнів розумової діяльності: наочно-дієвого, наочно-образного, словесно-логічного. Аналіз зорового сприйняття реального предмету або зображення відрізняється бідністю та фрагментарністю.

2. Сприйняття. Характеризується сповільненим темпом та обсягом, тому формування знань, засвоєння рухових дій вимагає більше часу. Труднощі сприйняття простору й часу заважають орієнтуватися в навколишньому середовищі, уловлювати внутрішні взаємозв'язки. Наприклад, вправи, які підводять, часто сприймаються як самостійні, що не мають логічного зв'язку з основною вправою.

3. Мовленнєва діяльність. Розвинена недостатньо, страждають усі її аспекти: фонетична, лексична, граматична. Характерною є затримка становлення мовлення, розуміння звернутого мовлення. До старших класів словниковий запас збагачується, проте зберігається дефіцитарність слів, що визначають внутрішні властивості людини, а пропозиції виявляються переважно простими. Порушення мовлення

має системний характер і поширюється на всі функції мовлення – комунікативну, пізнавальну, регулювальну. Причиною є порушення взаємозв'язку між першою та другою сигнальними системами. У результаті виникають труднощі звукобуквеного аналізу та синтезу, сприйняття і розуміння мовлення, що знижує потребу в мовленнєвому спілкуванні. Р.І. Лалаєва встановила, що тільки 30% учнів початкових класів із легкою розумовою відсталістю мають порівняно збережений рівень розвитку мовлення, у інших 70% має місце системне порушення мовлення різного ступеня важкості (В.Г. Петрова, І.В. Белякова, 2002).

4. Пам'ять. Характеризується слабким розвитком і низьким рівнем запам'ятовування, збереження, відтворення. Особливо утруднене осмислене запам'ятовування. Те, що утримується механічною пам'яттю, теж швидко забувається. Це стосується як словесного матеріалу, так і руху. Тому кожна фізична вправа, речитатив, указівка вимагають багаторазового повторення, причому краще запам'ятовуються яскраві, емоційні переживання, які викликали інтерес. Вимога запам'ятати матеріал – не дуже ефективна.

5. Увага. Характеризується малою стійкістю, трудностю її розподілу, сповільненістю переключення. Діти не можуть довго зосередитися на одному об'єкті, швидко відволікаються. Це виявляється в тому, що при виникненні будь-яких труднощів вони намагаються їх уникнути та переключаються на щось інше.

6. Істотно страждають *вольові процеси*. Діти вкрай безініціативні, не вміють самостійно керувати своєю діяльністю. Їм властиві безпосередні імпульсивні реакції на зовнішні враження, невміння протистояти волі іншої людини.

7. Емоційна сфера також має низку особливостей. Має місце недорозвинення, нестійкість емоцій, відсутність відтінків переживань, слабкість власних намірів, стереотипність реакцій. Усім дітям властиві емоційна незрілість, нестабільність відчуттів, труднощі в розумінні міміки та виразних рухів. Трапляються випадки то вираженого емоційного спаду, то підвищеної збудливості. У дітей цієї категорії має місце недорозвинення навичок ігрової діяльності, вони із задоволенням грають у відомі рухливі ігри, що засвоїли, та насилу засвоюють нові.

Поряд з відмінностями психофізичних характеристик, властивих дітям з різним ступенем розумової відсталості, є й спільні риси. Найхарактерніша з них – занижена самооцінка. Залежність від батьків утруднює формування себе як особистості, відповідальної за свою

поведінку. Це зумовлене й низьким рівнем навичок спілкування, затримкою вербального розвитку, пасивністю, відсутністю ініціативи, агресивністю, деструктивною поведінкою.

4.4. Клініко-педагогічна класифікація дітей з порушеннями інтелектуального розвитку

Класифікації олігофренії за етіологічним принципом (локалізацією осередку ураження в головному мозку), які розглядалися багатьма дослідниками, для педагогічної практики виявилися неприйнятними. Пояснюється це тим, що різна етіологія і локалізація ураження кори головного мозку можуть сприяти виникненню однакової картини з психолого-педагогічної точки зору й не озброюють педагога відповідною тактикою в процесі навчання та виховання розумово відсталих дітей.

Для корекційної психопедагогіки найбільш прийнятною вважається класифікація розумової відсталості, запропонована М.С. Певзнер (1959), яка ґрунтується на клініко-патогенетичному підході. Дослідниця виділяє 5 варіантів розумової відсталості:

1. Основна (неускладнена) форма олігофренії.
2. Олігофренія з вираженими нейродинамічними порушеннями.
3. Олігофренія, яка поєднує дифузне ураження кори головного мозку та локальні ураження в тім'яно-потиличній ділянці лівої півкулі.
4. Олігофренія, ускладнена психопатоподібними формами поведінки.
5. Олігофренія, що поєднує недорозвинення пізнавальної діяльності та недорозвинення особистості в цілому.

Основна (неускладнена) форма олігофренії характеризується дифузним, але порівняно поверхневим ураженням кори півкуль головного мозку при збереженні підкіркових утворень. Клінічні дослідження показують, що в цієї категорії дітей діяльність органів чуття грубо не порушена; відсутні грубі порушення в емоційно-вольовій, руховій сферах, мовленні. Відносини з іншими дітьми та дорослими рівні, діти мають відчуття сором'язливості, збентеження і т.ін. Навчальний матеріал засвоюють добре. При виконанні доступних для них завдань цілеспрямовані. Можуть працювати самостійно. Зробивши помилку, долають її, використовуючи свій власний досвід. Мовлення без особливих порушень, невеликий запас активного словника, порушена граматична будова мовлення.

Головний недолік – недорозвинення процесів узагальнення, конкретизації, що виявляється не в життєво-побутовому плані, а в навчальній діяльності.

Корекційно-виховні заходи повинні бути спрямовані на подолання інертності психічних процесів, діти можуть відвідувати гуртки та групи, діяльність яких сприяє розвитку логічного мислення: шахи, моделювання, конструювання. Літньої пори їм бажано знаходитись у таборі серед однолітків, які розвиваються нормально. За дорученням діти можуть бути помічниками педагога, старостами класу. Цих дітей не можна перехвалювати, інакше можуть виникнути зарозумілість, перевага над оточуючими. Дитину необхідно постійно ставити в підлегле положення своїм же однокласникам. Слід проводити індивідуальні бесіди про те, що вона повинна бути прикладом і в праці, і для товаришів. Карати можна тільки при поясненні причин.

Від основної форми олігофренії помітно відрізняється **олігофренія з вираженими нейродинамічними порушеннями**. Діти, які страждають на неї, швидко збуджуються, розгальмовані, недисципліновані, з різким зниженням працездатності або вкрай мляві та загальмовані. Такий стан викликаний порушенням балансу між процесами збудження та гальмування. Дітей з легкою розумовою відсталістю умовно поділяють на дві групи: збудливі й загальмовані.

Збудливі діти. Збудження переважає над гальмуванням, нервові процеси не урівноважені. Інтелектуальна недостатність ускладнюється тим, що вони легко відвертаються, імпульсивні, мають нестійку увагу. Починають виконувати завдання, не продумавши хід його виконання, що призводить до помилок. Зіткнувшись з труднощами, йдуть за найлегшим шляхом – відмовляються від роботи. Порушена емоційно-вольова сфера. Не протистоять поганому впливу, а швидко виконують доручення лідера. Потрапляють у злочинські компанії, у яких вони є виконавцями. Потенційні злочинці. Навчальна діяльність малопродуктивна. У кращому випадку навчаються середньо, хоча інтелект збережений. Письмові завдання виконують гірше, ніж усні. Зошити у таких дітей – найохайніші. Здатні переказати, але в розповіді страждає логіка та послідовність викладу. Цікаві, але не допитливі. Переважають миттєві відчуття, бажання. Можуть виступати організаторами, але найчастіше тільки витівок. Швидко знаходять контакт із людьми, товариські. Самооцінка завищена. До зауважень педагога виявляють негативне ставлення.

У корекційно-виховній роботі з цією категорією дітей, у першу чергу, використовуються ті педагогічні прийоми, які спрямовані на організацію та впорядкування навчальної діяльності. Для дитини дуже важливий стабільний режим дня. Бажаний денний сон (до 6 класу) або відпочинок. Украй важливо виробити в дитини зацікавленість і позитивне ставлення до навчальної діяльності, виконання завдання, запропонованого вчителем. Доручення повинні мати заспокійливий характер, бути не пов'язаними зі спілкуванням з іншими дітьми. Дитина має знати, що і в якій послідовності вона повинна робити. Самостійна робота виконується чистим окремим завданням, які розбиті на порції. Перед кожною порцією – повинна йти похвала та інструктаж. Робити зауваження слід на фоні акценту на її позитивних якостях: спочатку похвалити, а тільки потім покритикувати. Не можна використовувати вимогу – необхідна непряма дія. Мета індивідуальних бесід – навчити стримувати себе. Бесіди необхідно проводити щодня, наприкінці дня. Останні слова мають бути позитивними, оскільки саме вони залишаються в пам'яті дитини. У таких дітей повинна бути обмежена рухова діяльність. З цих причин додаткові заняття в секціях заборонені. Необхідно обмежувати їх в рухах, виробляти посидючість, увагу (за допомогою залучення до вишивання, в'язання і т.ін.).

Загальмовані діти. Специфічними рисами даних дітей поряд із гальмуванням, яке переважає, є млявість, повільність, загальмованість у моториці, у характері пізнавальної діяльності і поведінці в цілому. Діти не вміють грати, особливо в командні ігри. Насилу включаються в мовленнєвий контакт, у них порушені комунікативні здібності, вони бояться незнайомих людей, часто не впевнені у своїх силах і можливостях. Самооцінка занижена, як наслідок, у колективі не користуються пошаною. У загальмованих дітей порушена постава (сутулість, голова опущена, пози й рухи одноманітні, скута міміка, жести зв'язані), нестійка увага, можуть працювати самостійно тривалий час. На фоні загального зниження працездатності бувають періоди, коли настає повна загальмованість, діяльність припиняється, дитина „відключається” від зовнішнього світу.

Працюючи з такими дітьми, доцільно використовувати прийоми, які сприяють підвищенню їх активності. Навантаження за обсягом повинно бути зменшене, доручення повинні бути інтенсивного характеру та спрямовані на розвиток комунікативних здібностей. Виконувати доручення бажано з найпопулярнішим учнем групи. Необхідно створювати ситуації успіху в будь-якому виді

діяльності і показувати цей позитивний приклад всій групі. Слід відпрацьовувати порядок дій, формувати в дитини впевненість у своїх силах, хвалити авансом. Необхідний безперервний педагогічний контроль, оскільки в загальмованих дітей порушена увага. Самостійна робота повинна виконуватися частинами, перед кожною частиною – інструктаж і навіювання впевненості. У бесідах звертати увагу на приклад людей сильної волі, активних з метою викликати бажання наслідувати їм (яке характерне для підліткового віку). Аналіз вчинків повинен бути індивідуальним, проводиться в тактовній формі, наприкінці розмови слід показати, якою дитина може бути гарною. Гурткова та позакласна робота повинна бути спрямована на формування активності в діях, швидкості реакції. Особливо важливі та необхідні заняття спортом.

Форма олігофренії, при якій *дифузне ураження кори головного мозку поєднується з локальними ураженнями в тім'я'но-потиличній ділянці лівої півкулі*. Унаслідок цього виникають порушення мовленнєво-рухового і мовленнєвослухового аналізаторів. У таких дітей периферійний апарат не порушений, а порушено сприйняття на рівні кори головного мозку. Вони чують, але не сприймають. Складні слова й пропозиції не сприймаються. Діти не диференціюють складний звук, у них порушений фонематичний слух, вони зазнають труднощів при письмі під диктування (мають місце перебудови, заміни, недописування слів), не встигають писати, трапляється порушення граматичної будови мовлення, погано вимовляють багато слів, у них збіднений словниковий запас. Діти не можуть виконати завдання за словесною інструкцією, яка не підкріплена практичним показом.

У корекційній роботі необхідно використовувати розучування за показом. Необхідно тренувати мовлення та слухове сприйняття. Слід використовувати уповільнене читання тексту, з більш чіткою дикцією, систематичним з'ясуванням значення окремих слів і фраз. Дітей потрібно залучати до логопедичних занять. Педагог повинен спеціально створювати ситуацію мовленнєвого спілкування (прочитати, розпитати й розповісти всьому класу). Для цих дітей необхідно використовувати заняття логопедичною ритмікою, рухливі ігри на розвиток фонематичного слуху. Необхідно заохочувати мовленнєве спілкування, сприяти правильному сприйняттю й осмисленню складних звукових комплексів.

Поєднання загального інтелектуального недорозвинення з **вираженими психопатоподібними формами поведінки**. Патогенетично ця форма олігофренії характеризується поєднанням дифузного ураження кори півкуль головного мозку з локальним ураженням підкіркових ділянок, що, як правило, підтверджується електроенцефалографічними методами дослідження. Це найважчі у вихованні діти. Грубі з однолітками та старшими, недисципліновані, нерідко мають патологічні захоплення (бродяжництво, крадіжка, сексуальні спотворювання), вони не вміють регулювати свою поведінку загальноприйнятими морально-етичними нормами. Діти дуже піддаються навіюванням, поганому впливу, некритичні, увага порушена. Самостійно працювати не можуть, дуже різко змінюється настрої. Проявляють негативізм щодо будь-яких зауважень педагога.

Серед заходів корекційно-виховної роботи використовуються ті ж самі, що й для дітей, які легко збуджуються, бажаний денний сон або відпочинок. Необхідні тренування на зосередження уваги, посидючість. Таким дітям не слід давати безцільно рухатися. Їх не можна тренувати у збудженому стані. У бесідах із дітьми необхідно бути доброзичливими для того, щоб навчити їх помічати позитивне і гарне в людях.

Діти-олігофрени, у яких на фоні недорозвинення пізнавальної діяльності виразно виявляється **недорозвинення особистості в цілому**. Основна патологічна особливість таких дітей полягає в тому, що дифузне ураження кори головного мозку поєднується з переважним недорозвиненням лобних ділянок. Для дітей характерне порушення цілеспрямованості (справу не доводять до кінця, швидко припиняють роботу або йдуть за найлегшим шляхом). Умовно поділяються на дві підгрупи: 1) пасивні, автоматично підпорядковані; 2) імпульсивні, розгальмовані.

У дітей-олігофренів із недорозвиненням особистості своєрідне мовлення: зовнішнє багатство мовлення поєднується з внутрішньою убогістю. Діти запам'ятовують складні слова і звороти мовлення, в них помітна схильність до наслідування мовлення дорослих. При дослідженні у них виявляється грубе порушення моторики: рухи їх незграбні, неспритні, діти не можуть себе обслужити, рухи погано автоматизовані. Специфічною особливістю цих дітей є розрив між довільними і мимовільними рухами. За повної неможливості виконати будь-які рухи за інструкцією, ці ж самі рухи діти можуть виконати спонтанно.

У цих дітей наявні своєрідні зміни в поведінці. Вони некритичні, неадекватно оцінюють ситуацію, позбавлені елементарних форм соромливості, необразливі. Поведінка їх позбавлена стійких мотивів. При повному збереженні сенсорної і моторної сторони мовлення порушена регулювальна функція мовлення, яка виконує важливу роль у формуванні та диференціації мотивів, емоційно-вольової сфери особистості в цілому. Корекційно-виховна робота з дітьми даної групи повинна будуватися з урахуванням своєрідності структури дефекту. У першу чергу слід використовувати педагогічні прийоми, спрямовані на формування довільних моторних навичок, що організуються під керівництвом мовлення.

Крім форм олігофренії, описаних вище, трапляються й інші випадки, коли олігофренія супроводжується поточними захворюваннями нервової системи.

Олігофренія, яка ускладнена гідроцефалією. На сьогодні немає досить точних даних про виникнення гідроцефалії. Кількість розумово відсталих дітей із гідроцефалією становить від 0,4 до 2,0% випадків (Д.М. Ісаєв, 2003).

Найхарактернішими для гідроцефалії є зниження працездатності (підвищена стомлюваність, порушення уваги), своєрідні зміни поведінки, нерідко з елементами вираженої лобної недостатності (переважання невмотивовано підвищеного фону настрою з ейфорічним характером, зниження критики до себе та оточення). У цих дітей часто має місце добре розвинена вимовна сторона мовлення з безліччю штампів та оборотів, запозичених з мовлення дорослих і які не завжди повністю семантично усвідомлюються.

У процесі навчання в цих дітей трапляються специфічні помилки письма у вигляді пропусків букв, складів, слів, перестановок букв у словах. Незважаючи на те, що ці діти мають уявлення про число та елементарні числові відносини, вони погано опановують прийомами усного рахування, не утримують у пам'яті простих прикладів, умов задачі.

Дітям з гідроцефалією властива підвищена збудливість, імпульсивність, а в деяких випадках, недостатня вмотивованість поведінки. Перерахована симптоматика має нестійкий характер, наростає внаслідок загального стомлення та змінюється залежно від умов, у яких дитина виконує те або інше завдання.

При такій формі олігофренії разом зі звичайними корекційно-педагогічними методами необхідно застосовувати спеціальні корекційні заходи, спрямовані на організацію діяльності дитини.

Дитину потрібно вчити утримувати в пам'яті словесні інструкції, долати труднощі і доводити почату справу до кінця, по можливості адекватно оцінювати власні дії та їх кінцевий результат.

Олігофренія при вродженому сифілісі виникає внаслідок хвороби матері сифілісом в період вагітності. У цих випадках у дитини виявляються соматичні й неврологічні ознаки раннього вродженого сифілісу; може мати місце грубий інтелектуальний дефект. Патологія плоду може бути обумовлена як проникненням блідих трепонем через плаценту, так і дією сифілітичних токсинів, які виробляються трепонемами („дистрофічний сифіліс”). Сифілітичні токсини чинять вплив не тільки на плід, але й на генеративні клітини батьків, викликаючи ураження зародка. Подібні захворювання належать до групи парасифілітичних.

Олігофренія парасифілітичної етіології серед учнів спеціальних (корекційних) шкіл трапляється приблизно в 1–3 % випадків. У цих дітей має місце легка залишкова неврологічна симптоматика, часті скарги на головний біль, погане перенесення жару, духоти. Більшість з них до 11–17 років страждають на нічний енурез. Психічне недорозвинення наявне з раннього дитинства. Запізнюється розвиток ходьби й мовлення. Діти погано включаються в ігри, не розуміють і не сприймають їхніх умов. Афектна лабільність виявляється в підвищеній плаксивості, збудливості, упертості, схильності до конфліктів і агресії. У школі відразу виявляються труднощі в навчанні, нерозуміння навчального матеріалу, особливо рахункових операцій, граматичних правил та ін.

В умовах спеціальної (корекційної) школи у цих дітей рано виявляється патологія поведінки: агресивність, розгальмованість захоплень та ін. У випадках, коли симптоми, які ускладнюють інтелектуальне недорозвинення, мають негрубий характер, спостерігається порівняно непогана динаміка психічного розвитку і, як правило, успішна соціально-трудова адаптація.

Розумова відсталість при фенілкетонурії. Однією з найбільш поширених форм порушення діяльності ендокринної системи є фенілкетонурія. Фенілкетонурія є поточним дегенеративним процесом за типом прогресуючої деменції. Нервово-психічні порушення не обмежуються розумовою відсталістю, а охоплюють різні форми порушення поведінки, нестійкість і зниження працездатності та уваги, церебрастенічні явища, неврозоподібні та психічні розлади.

Аналіз адаптації до школи дітей з фенілкетонурією показав, що найбільші труднощі мають місце, як правило, на першому та другому роках навчання. Діти з трудом вступають у контакт з педагогами й однолітками. Вони погано переносять будь-які зміни в зовнішньому середовищі та часто негативно реагують на вимогу педагога, на його спроби включити їх в дитячий колектив. Для подолання труднощів адаптаційного періоду велике значення має контакт педагога з дитиною. При правильному педагогічному підході вдається досягти звикання дитини до школи, нормалізації її поведінки в класі, виконання вимог, контакту з дітьми. Усе це створює сприятливі умови для виховання й навчання. У той же самий час зміна педагога, перехід до іншої школи або класу майже у всіх випадках призводять до зриву встановленого з такими зусиллями стереотипу поведінки і повторного виникнення патологічних реакцій.

Деменція – слабоумство, стійке зниження пізнавальної діяльності, критики, пам'яті, ослаблення й огрубіння емоційно-вольової сфери. У дитячому віці деменція виникає в результаті органічних уражень мозку при шизофренії, епілепсії, запальних захворюваннях мозку (менінгоенцефаліт), травмах мозку (струси, удари). До 2–3 років значна частина мозкових структур вже сформована, тому дія патогенних чинників викликає тільки їх ушкодження.

Епілептична деменція характерна для дітей, у яких розумова відсталість зумовлена поточним епілептичним процесом. Не будь-яке слабоумство, за якого трапляються судомні напади, можна кваліфікувати як епілептичне.

Крім епілептичного нападу, який виснажує, травмує, тримає хворого в постійній напрузі та у стані безпорадності, у деяких випадках епілепсія за великої повторюваності нападів супроводжується стійкими психічними змінами, які порушують як інтелект, так і характер дитини, хворої на епілепсію.

Шизофренічна деменція. Шизофренія – прогресуюче психічне захворювання, етіологія і патогенез якого недостатньо вивчені. Генетичні дані вказують на значну роль спадкового чинника.

Порушення мислення проявляється в утрудненнях зосередження, слабкості активної уваги при збереженні пасивної, нав'язливого повторенні тих самих запитань з незацікавленістю отримати відповідь на них, у відсутності внутрішнього зв'язку в діях та переживаннях. Характерна нерівномірність інтелектуальної діяльності: частим є ускладнення при виконанні завдань із перевагою

наочного й конкретного матеріалу в поєднанні з прагненням до формальних, схематичних побудов.

У ранньому віці розмежування деменції та олігофренії становить значні складнощі. На відміну від олігофренії, порушення діяльності мозку при деменції настає після певного періоду нормального розвитку дитини. Звичайно деменція виникає або починає грубо прогресувати у віці 2–3 років. Цим часовим чинником значною мірою визначається відмінність перебігу та клініко-психологічної структури інтелектуального дефекту при деменції від олігофренії. Так, структура інтелектуальної недостатності при деменції відрізняється нерівномірністю різних пізнавальних функцій. Крім того, при деменції часто має місце невідповідність між запасом знань і вкрай обмеженими можливостями їх реалізації.

У ранньому віці деменція виявляється у вигляді втрати навичок, які були набуті пізніше. Наприклад, якщо деменція виникає в дитини у віці 3 років, то перш за все втрачається мовлення, зникають навички самообслуговування та охайності, потім можуть втрачатися і раніше набуті навички (ходьба, відчуття прихильності до близьких і т.ін.). Характерними ознаками початку деменції є поява нецілеспрямованої, так званої польової поведінки, загальна рухова розгальмованість, афективна збудливість, некритичність, фон настрою, який невмотивовано підвищений.

При захворюванні в старшому дошкільному віці найбільш вираженим є перекручення ігрової діяльності – вона стає стереотипною, одноманітною.

Якщо ж захворювання починається в молодшому шкільному віці, то досить тривалий час у дитини можна спостерігати збереження мовлення, навчальних навичок. Але в той же самий час стають помітними різке зниження інтелектуальної працездатності та навчальної діяльності в цілому, зміни в поведінці дітей. Залежно від динаміки процесу хвороби розрізняють *резидуальну органічну деменцію*, при якій порушення інтелекту є залишковими явищами ураження мозку, і *прогресуючу органічну деменцію*, яка викликана поточним органічним патологічним процесом в головному мозку. При прогресуючій деменції явища інтелектуального розпаду постійно нарастають.

При розгляді порушень інтелектуального розвитку виділяють деякі синдроми, для яких характерна розумова відсталість.

Хвороба Лі, яка обумовлена дефіцитом цитохром-С-оксидази і піруватдегідрогенази. Захворювання починається звичайно у віці до

двох років і проявляється затримкою розвитку, м'язовою гіпотонією і слабкістю, атаксією, офтальмоплегією, порушенням ритму дихання.

Синдром MERRF (міоклонічна епілепсія з плямистими м'язовими волокнами) обумовлений точковою мутацією в нуклеотидній парі ДНК. Синдром проявляється атаксією, м'язовою слабкістю, деменцією, низькорослістю, зниженням слуху, лактацидозом.

Синдром MELAS (мітохондріальна енцефаломіопатія, лактацидоз і інсультподібні епізоди) пов'язаний з точковою мутацією в нуклеотидній парі ДНК. Клінічні прояви включають низькорослість, епілептичні припадки, повторну блювоту, періодичні головні болі, рецидивуючі інсультподібні епізоди, деменцію. У крові виявляється лактацидоз, у м'язах – плямисті волокна.

Хвороба Олтерса пов'язана з недостатністю комплексу дихального ланцюга мітохондрій. Крім порушень інтелектуального розвитку, для неї характерні епілептичні припадки, які з'являються рано, деменція, сліпота, порушення функції печінки.

X-зчеплена адренолейкодистрофія звичайно починається в дитячому віці, проте іноді симптоми з'являються в підлітковому або в зрілому віці. Спочатку звичайно виникають поведінкові розлади та зміни особистості, потім приєднуються прогресуючі неврологічні порушення, ослаблення інтелекту та ознаки надниркової недостатності.

Розумово відсталі школярі відстають від норми за показниками сили, швидкості, витривалості, координації на 25–40%, за частотою рухів на 30%, поступаються за часом зорово-моторній реакції на 40%. Причиною такого відставання сьогодні вважається зниження сили і рухомості нервових процесів, які виражені при даній патології (Л.В. Шапкина, 2004).

Сучасна прогресивна корекційна педагогіка, оцінюючи перспективи розвитку розумово відсталих та їх соціально-особистісну реабілітацію, твердо базується на позиціях *реального оптимізму*. Під впливом спеціальної цілеспрямованої корекційної роботи вже в дошкільному віці розумово відсталі діти досягають помітних позитивних зрушень у психічному та фізичному розвитку, що покращує їхню поведінку, різні види діяльності, полегшує наступне оволодіння програмним матеріалом у спеціальній школі. Корекційно орієнтоване навчання та виховання розумово відсталих дітей у спеціальних школах дають їм змогу оволодіти певною трудовою спеціальністю, у них формуються розумові здібності, які дозволяють

самостійно орієнтуватися в явищах навколишньої дійсності, виховуються досить стійкі риси особистості, що зумовлюють таке ставлення до людей, колективу, праці, морально-естетичних норм, яке відповідає ціннісним орієнтаціям суспільства.

Корекційно-виховна робота повинна мати *комплексний характер* і охоплювати всі напрями впливів на різні ушкоджені сторони розвитку такої дитини – її пізнавальну діяльність (сприймання, мислення, пам'ять, уявлення), мовленнєві здібності, емоційно-вольову сферу, фізичний розвиток, поведінку в цілому, у якій виявляється система суб'єктивно-особистісних відносин до людей, колективу, праці, правових та моральних норм, до самої себе, яка зумовлена специфічними особливостями особистості розумово відсталого та умовами її соціального виховання.

Під час корекційно-виховної роботи необхідно здійснювати як *диференційований* (який базується на врахуванні типологічних особливостей різних форм розумової відсталості, різних ступенів дефектності пізнавальної діяльності), так й *індивідуальний підходи*, які пов'язані з глибиною інтелектуальної недорозвиненості конкретної дитини, рівнем її розумової та фізичної працездатності, особливостями емоцій, почуттів, волі, спрямованості особистості тощо.

Найбільшого ефекту в корекційній роботі з розумово відсталими дітьми можна досягти тоді, коли вона орієнтована на розвиток їхніх *вищих психічних функцій* – насамперед логічного мислення, яке передбачає вміння встановлювати зв'язки між явищами реальної дійсності, доводити або спростовувати судження; довільної уваги, пам'яті, поведінки в цілому, яке базується на усвідомленні власних дій і вчинків, розумінні їх мотивів, самокеруванні ними; вищих емоцій та почуттів, тобто виховання соціально адекватних, посправжньому людських переживань морального, естетичного, інтелектуального характеру.

Корекційна робота потребує органічного сполучення двох ліній педагогічного впливу на особистість розумово відсталого дитини. З одного боку, важлива спеціальна адаптація змісту, умов, способів впливу на учнів з урахуванням їхніх пізнавальних можливостей, які знижені, для того, щоб забезпечити розуміння, засвоєння, оволодіння ними тією різноманітною інформацією, яка адресована їхній свідомості (В.М. Синьов, Г.М. Коберник, 1994).

З цією метою в процесі загальноосвітнього та професійно-трудоного навчання та виховання розумово відсталих учнів:

- спрощується структура інформаційного матеріалу, його вводять меншими порціями, забезпечують уповільнений темп його подання, повторюваність, багаторазові вправи на користування тими чи іншими знаннями та способами діяльності;
- обов'язково застосовується конкретна наочність, опора на предметно-практичну діяльність;
- надається допомога в диференціюванні зовнішньо схожих, але за своєю сутністю відмінних один від одного об'єктів, явищ, понять, оскільки розумово відсталі діти на підставі чисто зовнішньої схожості схильні до їх уподібнення;
- різноманітні логічні зв'язки в інформації, яка вивчається, спеціально роз'яснюють, оформлюють у мовленні педагога відповідними сполучниками („тому що”, „внаслідок цього”, „незважаючи на це”, „хоча” тощо);
- дуже обережно застосовуються метафоричні засоби;
- у багатьох випадках необхідна спеціальна, так звана, словникова робота, спрямована на додаткове (або випереджальне) викладання цілісного матеріалу, тлумачення нових слів, термінів, понять, висловів;
- обов'язково перевіряється правильність та усвідомленість розуміння дітьми навчального матеріалу.

Для розв'язання цього найважливішого завдання корекційної роботи, яке полягає насамперед у тому, щоб максимально згладжувати недоліки інтелектуального розвитку розумово відсталих дітей, вторинні порушення різних сфер особистості, які виникають на цій основі, та поведінки в цілому, необхідна всіляка активізація їхньої пізнавальної діяльності та формування вмінь самостійно її здійснювати, тобто користуватися пізнавальними діями та прийомами.

З цією метою в процесі навчання та виховання розумово відсталих дітей треба постійно пропонувати їм для виконання різноманітні види пізнавальних завдань, серед яких найкориснішими у корекційному плані є:

- на порівняння предметів, явищ, фактів, подій за схожістю та розбіжністю;
- на узагальнення низки однорідних явищ на підставі істотної схожості їхніх ознак;
- на конкретизацію узагальнених понять, правил, закономірностей;

- на встановлення причинно-наслідкових зв'язків між явищами та подіями;
- на доведення чи спростування;
- на критичну та самокритичну оцінку;
- на планування майбутньої діяльності як практичного, так і розумового характеру;
- на монологічне відтворення цілісної системи здобутих знань.

Завдання корекції інтелектуального розвитку розумово відсталих дітей потребують також спеціальної роботи, яка спрямована на компенсацію їхніх відчуттів та сприйняття, уваги, подолання пізнавальної індиферентності, виховання самостійності в розумовій роботі. Важливо забезпечити формування тих якостей, які дозволяють дитині правильно користуватися знаннями: об'єктивності, узагальненості та конкретності, усвідомленості, систематизованості та повноти, міцності, динамічності.

Більшість дітей з порушеннями інтелектуального розвитку потребують допомоги у виробленні навичок для повсякденного життя, роботи та поведінки в громаді. Учителі та батьки можуть допомогти дитині формувати такі навички як у школі, так і вдома. Серед таких навичок виділяють:

- спілкування з людьми;
- самообслуговування та навички особистої гігієни;
- основи здоров'я та безпеки;
- побутові навички (прибирання, приготування їжі);
- соціальні навички (норми поведінки, уміння вести діалог, взаємодія з іншими);
- читання, письмо, елементарне рахування;
- трудові (професійні) навички (по досягненні відповідного віку).

Корекційна робота з розумово відсталими дітьми не вичерпується виправленням інтелектуальних порушень, а повинна охоплювати різні сфери психофізичного розвитку особистості.

При проведенні корекційної роботи з розумово відсталими дітьми, яка спрямована на їх поведінку в цілому, педагог повинен дотримуватися послідовності педагогічних вимог до дітей; навчати дітей самоконтролю поведінки, залучати їх до порівнянь, оцінок, причинних обґрунтувань актів поведінки; послідовно підвищувати вимоги до поведінки дітей; будувати виховний процес на конкретних позитивних прикладах; зберігати та розвивати почуття власної гідності дитини, захищати її від глузувань та принижень з боку

інших; залучати учнів до роботи із самовиховання, але з постановкою максимально конкретної та реальної мети, забезпеченням постійного контролю та підсиленого педагогічного керівництва цим процесом; проводити будь-який виховний захід із забезпеченням високого емоційно-позитивного фону; запобігати конфліктам між дітьми, а в разі їх виникнення сприяти швидкому й позитивному їх розв'язанню, навчати розумово відсталих дітей правильної поведінки в конфліктних ситуаціях, прогнозуванню наслідків нестриманості тощо.

У світовій практиці існує загальноприйняте правило: для того, щоб діагностувати в дитини (підлітка, дорослого) розумову відсталість, необхідно спостерігати в ході її психофізичного розвитку не тільки інтелектуальне відставання, але й *труднощі соціального пристосування*.

Контрольні запитання та завдання

1. Дайте визначення розумової відсталості.
2. Розкрийте причини, які призводять до розумової відсталості.
3. Порівняйте різноманітні класифікації розумової відсталості та зробіть висновки.
4. Назвіть та охарактеризуйте різні форми олігофренії. Що спільного та які відмінності між ними?
5. Чому класифікація розумової відсталості (за М.С. Певзнер) є медико-психолого-педагогічною?
6. Дайте психолого-педагогічну характеристику основних форм олігофренії.
7. Назвіть випадки, коли олігофренія супроводжується супутніми захворюваннями нервової системи.
8. Розкрийте поняття „деменція” та охарактеризуйте її різновиди.
9. Охарактеризуйте особливості психічного розвитку дітей з порушенням інтелектуального розвитку.
10. Розкрийте умови та визначте корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу в процесі навчання та виховання дітей з особливостями інтелектуального розвитку.

Література

1. Ерёменко И. Г. Олигофренопедагогика / И. Г. Ерёменко. – К. : „Вища школа”, 1985. – 247 с.
2. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д. Н. Исаев. – СПб., 2003. – 342 с.
3. Катаева А. А. Дошкольная олигофренопедагогика / А. А. Катаева, Е. А. Стебелева. – М., 1998. – 285 с.
4. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.
5. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / В. А. Липа. – Донецк : Лебідь, 2002. – 327 с.
6. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Флинта, 2000. – 104 с.
7. Петрова В. Г. Психология умственно отсталых школьников / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Изд. центр „Академия”, 2002. – 160 с.
8. Синьов В. М. Основи дефектології : навч. посібник для студ. пед. ін-тів / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 143 с.
9. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка / В. М. Синьов. – К. : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2009. – Ч. 2. – 224 с.
10. Стадненко Н. М. Нариси з олігофренопсихології / Н. М. Стадненко, М. П. Матвеева. – Кам’янець-Подільський, 2002. – 200 с.

РОЗДІЛ V. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

5.1. Поняття про затримку психічного розвитку та її класифікація

До категорії дітей із труднощами в навчанні належать діти, які мають через різні біологічні та соціальні причини стійкі ускладнення у засвоєнні освітніх програм за відсутності виражених порушень інтелекту, відхилень у розвитку слуху, зору, мовлення, рухової сфери.

Діти цієї категорії мають негрубі (слабо виражені) відхилення у функціонуванні центральної нервової системи (ЦНС), які негативно впливають на шкільну та соціальну адаптацію дитини. У дітей даної групи педагоги та психологи зазначають, у першу чергу, недостатню готовність до школи (інтелектуальну, емоційну та соціальну).

У рамках психолого-педагогічної класифікації труднощі, які відчувають ці діти в процесі навчання, можуть бути обумовлені як недостатніми увагою, емоційно-вольовою регуляцією, самоконтролем, низьким рівнем навчальної мотивації та загальною пізнавальною пасивністю (слабкість компонентів регуляції навчально-пізнавальної діяльності), так і недорозвиненням окремих психічних процесів – сприйняття, пам'яті, мислення, негрубими недоліками мовлення, порушеннями моторики у вигляді недостатньої координації рухів, рухової розгальмованості, низькою працездатністю, обмеженим запасом знань і уявлень про навколишній світ, несформованістю операційних компонентів навчально-пізнавальної діяльності.

Зауважимо, що до зазначеної категорії не входять діти, які не засвоюють масові програми через виражені відхилення у розвитку (розумова відсталість, грубі порушення мовлення, зору, слуху, рухової сфери, виражені порушення спілкування у формі раннього дитячого аутизму).

Відповідно до соціально-педагогічного підходу до класифікації дітей із труднощами в навчанні таких школярів називають „діти групи ризику”. Основним критерієм для віднесення дитини до „групи ризику” педагоги цього напрямку вважають її недостатню готовність до початку шкільного навчання.

Віднесення учнів до „групи ризику” зі звичайного масового класу відбувається на підставі висновку вчителя про неуспішність дитини за основними предметами. Шкільний психолого-педагогічний

консиліум може здійснити переведення учня, який не встигає, з класу, до якого він був прийнятий, в інший клас компенсуючого типу без юридичних підстав.

У спеціальній психології і корекційній педагогіці як самостійна виділяється типологічна група – „діти з труднощами у навчанні, які обумовлені затримкою психічного розвитку”. Для визначення цієї типологічної групи використовуються поняття „діти із затримкою психічного розвитку” (ЗПР), „тимчасова затримка психічного розвитку у дітей”, „ЗПР конституціонального генезу”, „ЗПР соматогенного походження”, „ЗПР психогенного походження”, „ЗПР церебрально-органічного генезу”, а також „діти з труднощами у навчанні” з обов’язковою вказівкою клініко-психологічних критеріїв даного стану (астено-невротичний синдром, синдром гармонійного інфантилізму, церебрастенічний синдром та ін.).

Ця класифікація дозволяє не тільки визначати стан (діагностика відбору), але й планувати комплекс корекційно-розвивальних, лікувально- та соціально-профілактичних заходів.

У тих випадках, коли діти не проходять комплексного обстеження, вони можуть опинитися в неадекватних умовах навчання. Звичайно це має місце в класах компенсуючого навчання (до них потрапляють розумово відсталі діти, школярі з важкими порушеннями мовлення та ін.).

Різні підходи до розподілу за різними групами дітей з труднощами в навчанні обумовлюють різні процедури та інструментарій діагностики їхнього стану.

Висновок про затримку психічного розвитку у дитини можуть надати психолого-медико-педагогічна консультація, медико-педагогічна комісія, інші консультативно-діагностичні служби. Шкільний психолого-медико-педагогічний консиліум веде динамічне спостереження за розвитком дитини, тобто здійснює діагностику розвитку та планує комплекс необхідних заходів.

Основним мотивом, щоб сумніватися в повноцінності інтелекту дитини є її неуспішність, яка виявляється в процесі навчання. Одна з найпоширеніших причин неуспішності – це непередумовленість дітей до шкільного навчання, несформованість передумов до нього та навичок діяльності. У тих випадках, коли дитина потрапляє в клас з низьким рівнем організації навчально-виховного процесу, її неуспішність переростає в педагогічну занедбаність. Необхідно правильно та своєчасно діагностувати причини неуспішності в

кожному індивідуальному випадку і, по можливості, усувати або корегувати їх наслідки.

Педагогічна занедбаність – стійке відхилення у свідомості та поведінці дітей, яке обумовлене негативним впливом середовища й недоліками виховання. Педагогічно запущених дітей нерідко називають важкими. Але це визначення швидше стосується не самих дітей, а умов, у яких вони виховуються: відсутність контролю та допомоги у навчанні з боку батьків, конфліктна ситуація в сім'ї, відсутність емоційно-позитивного контакту з батьками, іншими дорослими та дітьми; тривале знаходження в установах інтернатного типу, лікарнях та ін. Такі діти мають низький запас знань та здібностей, ніж їхні однолітки. Допомога у навчанні соціально та педагогічно запущеним дітям надається в умовах масової, а не спеціальної (корекційної) школи.

Як показують дослідження, серед неуспішних учнів є школярі з педагогічною занедбаністю, затримкою психічного розвитку, неясково вираженими сенсорними, інтелектуальними, мовленнєвими порушеннями, причинами яких є залишкові ураження центральної нервової системи, мінімальні мозкові дисфункції. Діти із затримкою психічного розвитку становлять близько 50% неуспішних школярів.

Необхідне кваліфіковане розрізнення педагогічної занедбаності. Шкільна неуспішність, яка в більшості випадків розглядається паралельно з педагогічною занедбаністю, часто не є наслідком порушень інтелекту дитини.

Неуспішність може бути пов'язана і з астенічним станом дитини, який викликаний тривалою хворобою, через яку дитина швидко втомлюється, послабляються її пам'ять, увага, порушується поведінка. Але всі ці порушення не мають стійкого характеру та у своїй основі органічних порушень. У деяких випадках педагогічна занедбаність призводить до значного відставання в психічному та фізичному розвитку, характерного для дітей із затримкою психічного розвитку.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – прояв незрілості психічних і психомоторних функцій у результаті сповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку під впливом різних несприятливих чинників. Це особливий вид аномалії, який виявляється в порушенні нормального темпу психічного розвитку дитини.

Особливо помітною ЗПР є на початку шкільного навчання, коли виявляються недостатність знань і уявлень про навколишній світ,

незрілість емоційної сфери та мотивації (відсутність пізнавальних і переважання ігрових мотивів), несформованість довільної поведінки, відставання в розвитку мовлення.

Дітей із ЗПР нерідко помилково відносять до олігофренів. Тому, на думку більшості дослідників, діагностика затримки психічного розвитку повинна здійснюватися переважно у психолого-педагогічному плані у формі навчального експерименту.

У процесі психолого-педагогічного вивчення рекомендується застосовувати завдання в наочно-дієвому плані, що значно підвищує якість їх виконання. Для більш об'єктивної оцінки рівня розвитку мислення необхідно зіставляти результати роботи дитини у завданнях із словесно-логічним і наочно-дієвим матеріалом. У дітей із ЗПР існує значний розрив між тим, як вони можуть виконати завдання самостійно і як – за допомогою дорослого. На відміну від розумово відсталих, вони краще використовують допомогу та способи застосування показаного способу дії при виконанні аналогічних завдань. Цей факт є дуже важливим як для діагностики затримки психічного розвитку, так і для позитивного прогнозу при навчанні таких дітей. У деяких випадках остаточне рішення може бути ухвалене тільки після тривалого психолого-педагогічного вивчення у процесі навчання.

На відміну від олігофренії, при якій спостерігається стійке загальне недорозвинення психіки, у дітей із ЗПР недорозвинення вищих психічних функцій має тимчасовий характер. Ця обставина свідчить про те, що діти із ЗПР мають повноцінні можливості для подальшого розвитку. Діти із ЗПР можуть навчатися в спеціальній (корекційній) школі для розумово відсталих та в класах корекційно-розвивального навчання при масовій школі.

Затримка психічного розвитку може бути викликана різними причинами: дефектами конституції дитини (гармонійний інфантилізм – затримка зростання, яка згодом компенсується), соматичними захворюваннями, органічними ураженнями ЦНС (мінімальна мозкова дисфункція – мікроушкодження кори та підкіркових структур головного мозку, виникає внаслідок асфіксії новонароджених).

У вітчизняній корекційній педагогіці поняття „затримка психічного розвитку” є психолого-педагогічним і характеризує, перш за все, відставання в розвитку психічної діяльності дитини.

Основною причиною такого відставання, на думку більшості дослідників (Т.А. Власова, М.С Певзнер, К.С. Лебединська та ін.), є

слабовиражені (мінімальні) органічні ураження головного мозку, які можуть бути вродженими або виникати у внутрішньоутробному, припологовому, а також ранньому періоді життя дитини. У деяких випадках може мати місце й генетично обумовлена недостатність центральної нервової системи. Інтоксикації, інфекції, обмінно-трофічні розлади, травми та ін. викликають негрубі порушення темпу розвитку мозкових механізмів або легкі церебральні органічні ушкодження. Унаслідок цих порушень діти протягом досить тривалого часу страждають на функціональну незрілість центральної нервової системи, що, у свою чергу, виявляється в слабкості процесів гальмування та збудження, ускладненнях при утворенні складних умовних зв'язків.

У появі синдрому ЗПР істотну роль відіграють конституціональні чинники, органічна недостатність нервової системи генетичного походження, тривалі несприятливі умови виховання. Несприятливі соціальні чинники посилюють відставання в розвитку, проте не є єдиною або головною причиною ЗПР.

Вивчення дітей із затримкою психічного розвитку розпочалося у 50-ті роки ХХ ст. Деякі дослідники (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, К.С. Лебединська, В.І. Лубовський та ін.) серед неуспішних молодших школярів виявили учнів, неуспішність і особливості поведінки яких часто давали помилкову підставу вважати їх розумово відсталими.

У ході подальших досліджень серед дітей цієї категорії Т.А. Власовою і М.С. Певзнер (1968; 1973) були виділені дві групи. До першої групи ввійшли діти з порушеним темпом фізичного та розумового розвитку, які були охарактеризовані як діти з психофізичним і психічним інфантилізмом. Затримка їхнього розвитку була викликана сповільненим темпом дозрівання лобної частини кори головного мозку та її зв'язків з іншими ділянками кори та підкірки. Ці діти поступалися одноліткам у фізичному розвитку, відрізнялися інфантилізмом в пізнавальній діяльності і вольовій сфері, ледь включалися в навчальну діяльність, швидко стомлювалися, мали низьку працездатність. Другу групу становили учні із функціональними розладами психічної діяльності (церебрастенічними станами), які, звичайно, є наслідком мозкових травм. Для цих школярів характерна слабкість основних нервових процесів, хоча значних порушень пізнавальної діяльності вони не мали, і в періоди нормалізації стану досягали високих результатів у навчанні.

На підставі проведених досліджень були розроблені рекомендації для вчителів щодо роботи з дітьми, які мають подібні відхилення в розвитку. Пізніше такі учні були названі дітьми із затримкою психічного розвитку. Термін „затримка темпу психічного розвитку”, „затримка психічного розвитку” були запропоновані Г.Є. Сухарєвою (1959).

Затримка психічного розвитку є однією з найпоширеніших форм психічної патології дитячого віку. Найчастіше вона виявляється з початком навчання дитини в підготовчій групі дитячого садку або в школі, особливо у віці 7–10 років, оскільки цей віковий період забезпечує великі діагностичні можливості. Більш ретельному виявленню прикордонних станів інтелектуальної недостатності сприяє зростання вимог, які висувалися суспільством до особистості дитини та підлітка (ускладнення шкільних програм, більш ранні терміни початку навчання і т.ін.).

У медицині ЗПР відносять до групи прикордонних форм інтелектуальної недостатності, які характеризуються сповільненим темпом психічного розвитку, особистісною незрілістю, негрубими порушеннями пізнавальної діяльності (дослідження Н.І. Озерецького, Г.Є. Сухарєвої, М.С. Певзнер та ін.). У більшості випадків затримка психічного розвитку відрізняється стійкою, хоча й легкою інтелектуальною недостатністю і слабовираженою тенденцією до компенсації та зворотного розвитку, які можливі тільки в умовах спеціального навчання та виховання.

На сьогодні існує кілька класифікацій прикордонних форм інтелектуальної недостатності. Одна з перших класифікацій належить Г.Є. Сухарєвій, яка, виходячи з етіопатогенетичного принципу, виділила такі форми порушення інтелектуальної діяльності в дітей із затриманим темпом розвитку:

- 1) інтелектуальні порушення через несприятливі умови середовища й виховання або патологію поведінки;
- 2) інтелектуальні порушення при тривалих астенічних станах, обумовлених соматичними захворюваннями;
- 3) порушення при різних формах інфантилізму;
- 4) вторинна інтелектуальна недостатність через ураження слуху, зору, дефект мовлення, читання, письма;
- 5) функціонально-динамічні інтелектуальні порушення в дітей в резидуальній стадії та віддаленому періоді інфекцій і травм центральної нервової системи.

М.С. Певзнер у групі дітей із ЗПР були описані різні варіанти інфантилізму, інтелектуальних порушень при церебрастенічних станах, дефектах слуху, мовлення, відхиленнях у характері та поведінці.

На основі патогенетичного принципу В.В. Ковальов (1979) усі прикордонні форми інтелектуальної недостатності умовно поділив на групи:

1) дізонтогенетичні форми, при яких недостатність обумовлена механізмами затриманого або спотвореного розвитку дитини;

2) енцефалопатичні форми, в основі яких лежить органічне ураження мозкових механізмів на ранніх етапах онтогенезу;

3) інтелектуальна недостатність, пов'язана з дефектами аналізаторів і органів чуття (слуху, зору) та обумовлена дією механізмів сенсорної депривації;

4) інтелектуальна недостатність, пов'язана з дефектами виховання і дефіцитом інформації з раннього дитинства („соціокультурна розумова відсталість”, за термінологією, яка прийнята Американською асоціацією з проблем розумової неповноцінності).

Термін „затримка” підкреслює часовий (невідповідність рівня психічного розвитку паспортному віку дитини) і разом з тим тимчасовий характер самого відставання, яке долається з віком, і тим успішніше, чим раніше створюються спеціальні умови для навчання і виховання цих дітей.

К.С. Лебединська (1982) запропонувала клінічну систематику дітей із ЗПР. Нею було виділено чотири основні варіанти затримки психічного розвитку – конституційного, соматогенного, психогенного і церебрально-органічного походження. Ці варіанти відрізняються один від одного особливістю структури та характером співвідношення двох основних компонентів даної аномалії розвитку: типом інфантилізму та характером нейродинамічних розладів. У клініко-психологічній структурі кожного з перерахованих варіантів ЗПР є специфічне поєднання незрілості емоційної та інтелектуальної сфери.

ЗПР конституційного походження – так званий гармонійний інфантилізм (неускладнений психічний та психофізичний інфантилізм), при якому емоційно-вольова сфера знаходиться ніби на більш ранньому ступені розвитку, багато в чому нагадуючи нормальну структуру емоційного складу дітей молодшого віку. Для таких дітей характерні переважання емоційної мотивації поведінки,

підвищений фон настрою, безпосередність і яскравість емоцій при їх поверховості та нестійкості, легка навіюваність. Ускладнення в навчанні, які нерідко трапляються в молодших школярів, пов'язані з незрілістю мотиваційної сфери та особистості в цілому, переважанням ігрових інтересів. Таким дітям часто відповідає інфантильний тип статури з дитячою пластичністю міміки та моторики. Причинами цього виду ЗПР є вроджено-конституційна етіологія (наявність сімейних випадків), а також внутрішньоутробні або обмінно-трофічні розлади, що виникають протягом перших років життя.

Діти із ЗПР конституційного походження за ростом та фізичним розвитком відстають від своїх однолітків на 1,5–2 роки. Для них характерні жива міміка, виразна жестикуляція, швидкі, поривчасті рухи. На перший план виступає невтомлюваність у грі та швидка втомлюваність при виконанні практичних завдань. Особливо швидко цим дітям набридають одноманітні завдання, які вимагають утримання зосередженої уваги досить тривалий час (малювання, рахунок, читання, письмо). Дітям властиві слабка здатність розумового напруження, навіюваність. Діти з інфантильними рисами поведінки несамостійні та некритичні до своєї поведінки. На уроках „виключаються” і не виконують завдання. Можуть плакати через дурниці, але швидко заспокоюються при переключенні уваги на гру або на щось інше, що дає їм радість. Люблять фантазувати, замінюючи й витісняючи своїми вигадками неприємні для них життєві ситуації.

ЗПР соматогенного походження обумовлена тривалими, хронічними захворюваннями (інфекціями та алергічними станами), уродженими або набутими соматичними захворюваннями, вадами серця. На уповільнення темпу психічного розвитку дітей значний вплив чинить стійка астения, яка знижує не тільки фізичний, але й психічний тонус. Нерідко має місце й затримка емоційного розвитку – соматогенний інфантилізм, обумовлений деякими невротичними станами – невпевненістю, боязню, пов'язаними з відчуттями своєї фізичної неповноцінності, а іноді викликаними режимом заборон і обмежень, у якому знаходиться ослаблена і хвора дитина.

У дітей із ЗПР соматогенного походження через недостатнє вироблення гормонів, викликане ендокринними захворюваннями, у віці 12–13 років може мати місце затримка статевого дозрівання. При цьому формуються своєрідні особливості психіки підлітка, які частіше проявляються у хлопчиків. Підлітки повільні, швидко

втомлюються, їхня працездатність нерівна – вище в першій половині дня. Виявляється зниження пам'яті, увага швидко розсіюється, тому учень робить багато помилок. Це діти з нормальним інтелектом, відрізняються великою ерудицією.

ЗПР психогенного походження обумовлена несприятливими умовами виховання, які перешкоджають правильному формуванню особистості дитини. Цей тип ЗПР слід відрізнити від явища педагогічної занедбаності, яке не є патологічним станом внаслідок нестачі інтелектуальної інформації.

ЗПР психогенного походження зумовлюється, перш за все, психічною нестійкістю, що найчастіше викликана гіпоопікою, тобто бездоглядністю, за якої в дитини не виховуються почуття обов'язку та відповідальності. Не стимулюється розвиток пізнавальної діяльності, інтелектуальних інтересів. Тому риси патологічної незрілості емоційно-вольової сфери у вигляді афектної лабільності, імпульсу, підвищеної навіюваності у цих дітей часто поєднуються з недостатнім рівнем знань та уявлень, необхідних для засвоєння шкільної програми.

Варіант ЗПР за типом „кумир сім'ї” обумовлений, навпаки, гіперопікою – вихованням із зайвою ніжністю, при якому дитині не прищепляються риси самостійності, ініціативності, відповідальності. Для цього психогенного інфантилізму разом з малою здатністю до вольового зусилля, властиві риси егоцентризму та егоїзму, нелюбов до праці, установка на отримання постійної допомоги та опіки.

Варіант ЗПР за невротичним типом частіше має місце в дітей, батьки яких проявляють грубість, жорстокість, деспотичність, агресію до дитини та інших членів сім'ї. У такій обстановці нерідко формується боязлива особистість, емоційна незрілість якої виявляється в недостатній самостійності, нерішучості, малій активності та ініціативі.

ЗПР церебрально-органічного походження є більш поширеною, ніж інші типи, про які йшлося вище, і нерідко має значну стійкість та вираженість порушень як в емоційно-вольовій сфері, так і в пізнавальній діяльності. Причинами цього типу ЗПР є: патологія вагітності (важкий токсикоз, інфекції, інтоксикації та травми, несумісність крові матері і плоду за резус-фактором), недоношеність, асфіксія та травми під час пологів, післяпологові нейроінфекції.

Для цієї категорії дітей характерні: затримка фізичного розвитку (недорозвинення мускулатури, недостатність м'язового та судинного тону, затримка зростання), запізнення у формуванні статичних

функцій, ходьби, мовлення, навичок охайності, етапів ігрової діяльності.

Емоційно-вольова незрілість виявляється в органічному інфантилізмі. У дітей відсутні жвавість і яскравість емоцій, які є типовими для здорової дитини; характерна слабка зацікавленість в оцінці, низький рівень домагань. Ігрову діяльність характеризує бідність уявлення та творчості, монотонність і одноманітність. Прагнення до гри нерідко виглядає як спосіб відходу від ускладнень у заняттях. Так на гру перетворюється діяльність, яка вимагає цілеспрямованої інтелектуальної здатності, наприклад, приготування уроків.

Залежно від переважання того або іншого емоційного фону можна виділити два основні види органічного інфантилізму: нестійкий – із психомоторною розгальмованістю, ейфоричним відтінком настрою та імпульсом і той, що гальмується – з переважанням зниженого фону настрою, нерішучістю, боязню.

Для дітей із ЗПР церебрально-органічного походження характерні порушення пізнавальної діяльності, які обумовлені недостатністю пам'яті, уваги, інертністю психічних процесів, їх повільністю та зниженим переключенням.

Залежно від походження, а також від часу дії на організм дитини шкідливих чинників ЗПР має різні варіанти відхилень в емоційно-вольовій та пізнавальній діяльності.

5.2. Загальна психолого-педагогічна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку

Залежно від походження (конституційного, соматогенного, психогенного та церебрального) тимчасова затримка психічного розвитку формує різні варіанти відхилень у пізнавальній та емоційно-вольовій діяльності дітей. У результаті вивчення психічних процесів та можливостей навчання дітей із ЗПР були виявлені специфічні особливості в їх пізнавальній, емоційно-вольовій сфері, поведінці та особистості в цілому.

Для дітей із ЗПР різної етіології характерні загальні ознаки: низька працездатність унаслідок підвищеної виснаженості ЦНС, незрілість емоцій і волі, обмежений запас загальних відомостей та уявлень, збіднений словниковий запас, неповна сформованість ігрової діяльності, несформованість навичок інтелектуальної та навчальної діяльності.

Усе це свідчить про те, що затриманий психічний розвиток виявляється як у сповільненому темпі дозрівання емоційно-вольової сфери, так і в інтелектуальній недостатності.

Для дітей цієї групи характерна значна неоднорідність порушених ланок психічної діяльності і тих, які підлягають зберіганню, а також яскраво виражена нерівномірність формування *сприйняття, уваги, пам'яті*.

У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається низький (порівняно з однолітками, які розвиваються нормально) рівень розвитку *сприйняття*. Це виявляється в необхідності більш тривалого часу для прийому та переробки сенсорної інформації; у недостатності, обмеженості, фрагментарності знань цих дітей про навколишній світ; в утрудненнях при впізнаванні предметів, які знаходяться в незвичному положенні, контурних і схематичних зображень. Ці діти не завжди впізнають і часто змішують схожі за зображенням літери та їх окремі елементи; часто помилково сприймають поєднання літер та ін.

На думку деяких психологів, таке відставання в розвитку *зорового сприйняття* є однією з причин труднощів, які ці діти зазнають у навчанні.

У дітей цієї групи недостатньо сформовані і *просторові уявлення*: орієнтування в напрямках простору здійснюється на рівні практичних дій; часто виникають труднощі при просторовому аналізі та синтезі ситуації. Так, дитині дуже важко оцінювати форму предметів, які сприймаються нею за допомогою дотику та зору, вона також відчуває утруднення при відтворенні ритму, який сприймається на слух, а також графічно або моторно.

Розвиток та формування просторових уявлень у дітей із затримкою психічного розвитку також має свої особливості. Наприклад, при складанні складних геометричних фігур та візерунків діти із ЗПР часто не можуть виконати повноцінний аналіз форми, установити симетричність, тотожність частин зконструйованих фігур, розташувати конструкцію на площині, з'єднати її в єдине ціле. У той же самий час, на відміну від розумово відсталих, діти цієї категорії правильно виконують порівняно прості візерунки.

Більш характерними для дітей із ЗПР Л.І. Перслені та інші дослідники вважають такі особливості *уваги*: *нестійкість, неувважність, низьку концентрацію, труднощі переключення*. Нестача уваги обумовлюється слабким розвитком інтелектуальної активності дітей, недосконалістю навичок та умінь самоконтролю, недостатнім

розвитком відчуття відповідальності та інтересу до навчання. У дітей із ЗПР має місце нерівномірність та сповільненість у розвитку стійкості уваги, а також широкий діапазон індивідуальних та вікових відмінностей цієї якості.

Характерною особливістю дітей із ЗПР є виражене порушення у більшості з них функції *активної уваги*. Розсіяність уваги, яка посилюється в міру виконання завдання, свідчить про підвищену психічну виснаженість дитини.

Для багатьох дітей із ЗПР характерний обмежений *обсяг уваги*, його фрагментарність. Дитина сприймає лише окремі фрагменти інформації, яка їй надається. Ці порушення уваги спричиняють затримку процесу формування понять.

Нестійкість уваги та зниження працездатності в дітей даної категорії мають індивідуальні форми прояву. Так, у одних дітей напруження уваги та працездатність є найвищими на початку виконання завдання і неухильно знижуються в міру продовження роботи, у інших дітей найбільше зосередження уваги настає деякий час потому, тобто цим дітям необхідний додатковий час для їхнього включення в діяльність; у третьої групи дітей мають місце періодичні коливання уваги та нерівномірна працездатність упродовж всього виконання завдання.

Ще однією характерною ознакою ЗПР є відхилення в розвитку *пам'яті*. У дітей із ЗПР трапляються недоліки пам'яті, причому це стосується всіх видів запам'ятовування: мимовільного й довільного, короткочасного й довготривалого. Ця особливість поширюється на запам'ятовування як наочного, так і словесного матеріалу, що позначається на рівні успішності. Відбувається зниження продуктивності запам'ятовування та його нестійкість; значне збереження мимовільної пам'яті порівняно з довільною; помітне переважання наочної пам'яті над словесною; низький рівень самоконтролю в процесі заучування і відтворення; недостатня пізнавальна активність і цілеспрямованість при запам'ятовуванні та відтворенні; слабка вміння використовувати раціональні прийоми запам'ятовування; недостатній обсяг і точність запам'ятовування; низький рівень опосередкованого запам'ятовування; переважання механічного запам'ятовування над словесно-логічним; порушення короткочасної пам'яті; швидке забування матеріалу та низька швидкість запам'ятовування.

Виражене відставання та своєрідність виявляються і в розвитку пізнавальної діяльності цих дітей, починаючи з ранніх форм *мислення* – наочно-дієвого та наочно-образного. У молодшому шкільному віці найменшою мірою порушеним виявляється наочно-дієве мислення, має місце недостатність наочно-образного. Діти із ЗПР можуть успішно класифікувати предмети за такими наочними ознаками, як колір та форми, проте з трудом виділяють як загальні ознаки матеріал та величину предметів, вагаються, коли потрібно переключитися з одного принципу класифікації на інший. При виконанні операції класифікації основна трудність для дітей полягає в тому, що вони не можуть подумки сумістити дві та більше ознаки предметів або явищ. Але така діяльність може бути досить успішною при нагоді практичної діяльності з об'єктами класифікації.

У дітей цієї категорії недостатньо сформовані основні розумові операції – *аналіз, синтез, порівняння, узагальнення*. При аналізі предмету або явища діти називають лише поверхневі, несуттєві якості з недостатньою повнотою та точністю. У результаті діти із ЗПР виділяють в зображенні майже вдвічі менше ознак, ніж їхні однолітки, що нормально розвиваються.

До початку шкільного навчання в дітей із затримкою психічного розвитку, як правило, основні розумові операції не сформовані на словесно-логічному рівні. Завдання на класифікацію вони виконують на рівні мовленнєвого наочно-образного мислення, а не конкретно-понятійного, як це повинно бути в даному віці. Проте словесно сформульовані завдання, що стосуються ситуацій, заснованих на життєвому досвіді дітей, розв'язуються ними на вищому рівні, ніж прості завдання, в основі яких лежить наочний матеріал, з яким діти раніше не стикалися. Цим дітям найбільш доступні завдання на аналогії, при виконанні яких можна спиратися на зразок, свій життєвий досвід. Але при розв'язанні таких завдань діти допускають велику кількість помилок через недостатньо чітко сформовані зразки та неадекватне їх відтворення.

Для дітей із ЗПР характерна *інертність мислення*, яка виявляється в різних формах. Так у процесі навчання у них формуються малорухомі асоціації, що відстають і не піддаються перебудові. При переході з однієї системи знань та навичок до інших учні схильні застосовувати старі, уже відпрацьовані способи, не видозмінюючи їх, що в результаті породжує труднощі переключення з одного способу дії на інший. Особливо яскраво інертність

виявляється при роботі з проблемними завданнями, які вимагають самостійного пошуку способу рішення.

Ще однією особливістю мислення дітей із затримкою психічного розвитку є *зниження пізнавальної активності*. При навчанні недостатність пізнавальної активності виявляється й у тому, що ці учні не прагнуть ефективно використовувати час, відведений на виконання завдання, висловлюють мало думок, які припускають, до початку рішення завдання. При запам'ятовуванні зниження пізнавальної активності виявляється в недостатній ефективності використання часу, призначеного для первинного орієнтування у завданні, у необхідності постійного спонукання ззовні до пригадування, у невмінні використовувати прийоми, які полегшують запам'ятовування, у різко зниженому рівні самоконтролю.

Низька пізнавальна активність особливо виявляється відносно об'єктів та явищ, що знаходяться поза колом, яке визначається дорослими. Про це свідчать поверховість і неповнота знань про предмети та явища навколишнього світу, які набуваються дітьми переважно із джерел масової інформації, книг, шляхом спілкування із дорослими.

Діяльність дітей із затримкою психічного розвитку характеризується загальною неорганізованістю, імпульсивністю, недостатньою цілеспрямованістю, слабкістю мовленнєвої регуляції, низькою активністю у всіх видах діяльності (В.Г. Петрова, І.В. Белякова, 2000). Розпочинаючи роботу, діти часто проявляють нерішучість, ставлять питання, які, як правило, стосується того, що вже було сказано педагогом або пояснено в підручнику; іноді самостійно взагалі не можуть зрозуміти формулювання завдання.

Для *навчальної діяльності* школярів із ЗПР характерне те, що один і той самий учень, виконуючи завдання, може діяти як правильно, так і неправильно. Подібне поєднання правильного виконання завдання із помилковим може свідчити про те, що учні тимчасово втрачають інструкцію через ускладнені умови роботи. Недостатність регулювальної функції мовлення виявляється в утрудненнях дітей при словесному позначенні дій, які здійснюються, у виконанні завдань, запропонованих мовленнєвою інструкцією.

У дітей даної категорії порушений поетапний контроль за діяльністю, яка виконується, вони часто не помічають невідповідності своєї роботи запропонованому зразку, не завжди знаходять допущені помилки, навіть після прохання дорослого перевірити роботу, яка вже виконана. Ці діти дуже рідко можуть адекватно оцінити свою роботу

та правильно мотивувати свою оцінку, яка часто є завищеною. На прохання пояснити, чому вони саме так оцінюють свою роботу, діти дають необмірковані відповіді, не встановлюють та не усвідомлюють залежність невдалого результату від неправильно обраного способу діяльності або помилково виконаних дій.

Діти із ЗПР зазнають труднощів за необхідності зосередитися для пошуку вирішення проблеми, що пов'язані у них зі слабким розвитком *емоційно-вольової сфери*. Діти із затримкою психічного розвитку, як правило, відрізняються емоційною нестійкістю. Унаслідок цього у них часто має місце коливання рівня працездатності та активності, зміна „робочих” і „неробочих” станів. На уроці вони здатні працювати не більше 12–15 хв, а потім настає стомлення, активність та увага різко знижуються, виникають імпульсивні, необдумані дії; у роботі виникають багато помилок та виправлень; спалахи роздратування або відмова від роботи у відповідь на вказівку педагога.

У дітей із затримкою психічного розвитку потреба у спілкуванні як з однолітками, так і з дорослими є зниженою. Для більшості з них характерна підвищена тривожність щодо дорослих, від яких вони залежать. Нова людина привертає їхню увагу значно менше, ніж новий предмет. У разі ускладнень у діяльності така дитина швидше схильна припинити роботу, ніж звернутися до дорослого по допомогу. Діти майже не прагнуть одержати від дорослого оцінку своїх якостей у розгорнутій формі, як правило, їх задовольняє оцінка у вигляді недиференційованих визначень („гарний хлопчик”, „молодець”), а також безпосереднє емоційне схвалення (усмішка, погладження і т.ін.). Необхідно зазначити, що хоча діти за власною ініціативою вкрай рідко звертаються за схваленням, але в більшості випадків вони дуже чутливі до ласки, співчуття, доброзичливого ставлення. Якщо спілкування з дорослим має емоційно-позитивне забарвлення, то вони прагнуть зробити його тривалішим у часі, стають більш працездатними, рідше посилаються на втомленість.

Для дітей із ЗПР характерна слабка емоційна стійкість, порушення самоконтролю в усіх видах діяльності, агресивність поведінки, труднощі пристосування до дитячого колективу під час гри та занять, метушливість, часта зміна настрою, невпевненість, відчуття страху, фамільярність щодо дорослого. Має місце велика кількість реакцій, спрямованих проти волі батьків, відсутність правильного розуміння своєї соціальної ролі та положення, яке часто виникає, недостатня диференціація осіб та речей, яскраво виражені

труднощі в розрізненні найважливіших рис міжособистісних відносин. Усе це свідчить про недорозвинення в дітей даної категорії соціальної зрілості.

Однією з діагностичних ознак затримки психічного розвитку в дітей даної групи є *несформованість ігрової діяльності*. У дітей цієї категорії виявляються несформованими всі компоненти сюжетно-рольової гри: сюжет гри звичайно не виходить за межі побутової тематики; зміст ігор, відносини (ігрові та реальні), способи спілкування та дії, самі ігрові ролі бідні, охоплюють невелике ігрове суспільство на короткий часовий термін. В іграх виразно виявляються відсутність творчості та слабкість уявлення. Ускладнення правил гри часто призводить до її фактичного розпаду. Самостійно діти із ЗПР не виявляють активності у спільній ігровій діяльності. Навіть якщо дорослий спонукає дітей до ігрової діяльності та визначає її тему, вони паралельно розгортають однаковий або різні сюжети, не намагаючись вступити один з одним у спілкування. На відміну від розумово відсталих, діти із ЗПР завжди здійснюють дії, адекватні тим предметам та іграшкам, якими вони оперують. У своїх діях з ігровими атрибутами вони правильно орієнтуються на властивості об'єктів, що використовуються, виявляють особисте ставлення до іграшок, особливо сюжетних, які позначають живих істот (ляльки, ведмедики, зайці та ін.). У той же самий час у цих дітей практично відсутні дії, які реалізують відносини між персонажами.

Клінічні та психолого-педагогічні дослідження Т.А. Власової, К.С. Лебединської, М.С. Певзнер, В.І. Лубовського та інших виявили відставання у становленні *мовлення* дітей із ЗПР, низьку мовленнєву активність, недостатність динамічної організації мовлення.

У цих дітей мають місце обмеженість словника, неповноцінність понять, низький рівень практичних узагальнень, недостатність словесної регуляції дій. Спостерігається відставання у розвитку контекстного мовлення; істотно запізнюється розвиток внутрішнього мовлення, яке утруднює формування прогнозування, саморегуляції в діяльності. У мовленнєвому оформленні висловів виявляються характерні для деяких дітей цієї категорії інфантилізм, бідність виразних засобів, недостатнє розуміння значення образних виразів. Більшість дітей навіть у молодшому шкільному віці страждає на дефекти звуковимови. Найчастіше трапляються порушення вимови свистячих, шиплячих та сонорних звуків.

У дітей із ЗПР *бідний, недиференційований словниковий запас*. При використанні слів, які навіть є у словнику, діти часто

припускаються помилок, пов'язаних з неточним, а іноді й неправильним розумінням їх значення. Обмеженість виявляється в незначній порівняно з нормою кількості слів; вживанні слів, які властиві мовленню дітей молодшого віку. Недостатність словникового запасу зумовлена обмеженістю знань та уявлень цих дітей про навколишній світ, про кількісні, просторові, причинно-наслідкові відносини, що, у свою чергу, визначається особливостями пізнавальної діяльності особистості при затримці психічного розвитку.

Певні порушення спостерігаються і в процесі формування *відчуття мовлення*. У дітей із ЗПР період словоутворення настає пізніше і триває довше, ніж у нормі. До кінця дошкільного віку у дітей цієї групи може відбуватися „вибух” словоутворення, проте вживання створених ними слів у більшості випадків є неправильним.

Навіть у молодшому шкільному віці учні із ЗПР слабо оперують мовленням: вони часто вживають неправильні граматичні конструкції (аграмматизми). Найбільш характерними видами аграмматизмів є: пропуск або надмірність членів речення; помилки у керуванні та в узгодженні, вживанні службових слів, визначенні часу дієслова; труднощі у слово- і формоутворенні; структурна неформленість вислову. Ці особливості мовлення дітей із ЗПР дозволяють говорити про динамічні порушення мовленнєвої діяльності.

При складанні усних творів має місце швидкий перехід від заданої теми до іншої, більш знайомої та легкої; привнесення в розповідь побічних асоціацій та інертних стереотипів; часте повторення одних і тих самих слів та фраз; постійне повернення до думки, яка вже виказувалася. Усе це є результатом утруднень у плануванні та розгортанні мовленнєвого повідомлення.

Характерною ознакою дітей із ЗПР є недостатність *тонкої моторики*, яка виявляється в незадовільному навичку каліграфії, недбалості письма та ін.

Порушення поведінки дітей із ЗПР значною мірою пов'язані зі слабкістю регуляції довільної діяльності, її недостатньою цілеспрямованістю, несформованістю функції самоконтролю. Поведінка дітей із ЗПР відрізняється значною своєрідністю. У початковій школі діти із ЗПР продовжують поводитися так, як дошкільники. Провідним видом діяльності у них залишається гра. У дітей із ЗПР відсутнє позитивне ставлення до навчальної діяльності.

Стан емоційно-вольової сфери та поведінки дітей із ЗПР відповідає попередній віковій стадії розвитку. У дітей із ЗПР із

запізненням формується готовність до навчання, вони мають слабке почуття обов'язку, відповідальності, малокритичні до своєї поведінки.

Важливо зазначити, що в умовах масової школи дитина із ЗПР вперше починає виразно усвідомлювати свою неспроможність, яка виражається перш за все в неуспішності. Ця обставина, з одного боку, зумовлює виникнення й розвиток відчуття неповноцінності, а з іншого – сприяє спробам особистісної компенсації в будь-якій сфері, яка іноді виявляється в різних формах порушення поведінки.

Завдяки застосуванню сімейної психотерапії та формуванню адекватних взаємостосунків у системі „педагог-дитина-сім'я” можна здійснювати профілактику асоціальних форм поведінки учнів із ЗПР.

5.3. Організація та зміст корекційно-розвивального навчання дітей із затримкою психічного розвитку

Реалізація системи корекційно-розвивального навчання дітей із ЗПР припускає організацію та здійснення основних напрямів: діагностико-консультативного, корекційно-розвивального, навчально-виховного, лікувально-профілактичного та соціально-трудоного.

У загальноосвітніх школах створюються психолого-медико-педагогічні консилиуми, які здійснюють діагностику учнів та консультування батьків і педагогів з питань профілактики, лікування, організації допомоги та педагогічної підтримки дітям з труднощами у навчанні, готують документи на психолого-медико-педагогічну консультацію в разі спірного діагнозу або за відсутності позитивної динаміки в навчанні та вихованні дитини.

Навчання та виховання дітей із ЗПР вимагає специфічної корекційної спрямованості. Узагальнені правила та принципи цієї роботи є такими:

- необхідно здійснювати індивідуальний підхід до кожної дитини у всіх видах діяльності;
- слід запобігати виникненню стомлення, використовуючи для цього різноманітні засоби;
- необхідно використовувати методи, які максимально активізують пізнавальну діяльність дітей, розвивати їх мовлення й навички навчальної діяльності;
- слід проводити попередні (пропедевтичні) заняття до засвоєння того або іншого розділу програми;
- потрібно заохочувати успіхи дітей, розвивати в них віру у власні сили та можливості.

Психолого-педагогічні принципи корекційно-розвивального навчання припускають введення у зміст навчання розділів, які передбачають заповнення пропусків попереднього розвитку, формування готовності до сприйняття найскладніших розділів програми; використання методів та прийомів навчання, які створюють оптимальні умови для реалізації потенційних можливостей учнів; корекційну спрямованість навчально-виховного процесу, яка забезпечує вирішення завдань загального розвитку, виховання та корекції пізнавальної діяльності та мовлення дитини, подолання індивідуальних недоліків розвитку.

Корекційну спрямованість навчання забезпечує набір базових навчальних предметів, які становлять інваріативну частину навчального плану. До них, крім математики та української мови, належать ознайомлення з навколишнім світом, розвиток мовлення, ритміка і трудове навчання.

Велике значення в корекційній роботі з дітьми мають лікувальні та профілактичні заходи, які передбачають зміцнення стану їх фізичного та психоневрологічного здоров'я, організацію занять з лікувальної фізичної культури, створення сприятливого лікувально-оздоровчого режиму (дотримання гранично допустимих норм навчального навантаження, додаткові канікули в лютому, здійснення психокорекції дітей, які випробовують гіперактивність, рухову розгальмованість, прояви психопатоподібної поведінки).

Одним із завдань школи є створення соціальної служби та впровадження моделі соціальної профілактики, а також інтеграція дітей у суспільство шляхом посилення професійно-трудової підготовки учнів.

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрийте поняття „педагогічна занедбаність”, „затримка психічного розвитку”.

2. Охарактеризуйте стан проблеми ЗПР у сучасній корекційній педагогіці.

3. У чому полягають основні відмінності дітей із ЗПР від розумово відсталих та однолітків, які розвиваються нормально?

4. Зробіть порівняльну таблицю особливостей розвитку дітей зазначених нозологій.

5. Назвіть основні причини, які призводять до ЗПР.
6. Охарактеризуйте дітей із різними видами тимчасової ЗПР.
7. Дайте психолого-педагогічну характеристику дітей із ЗПР.
8. Проаналізуйте особливості формування психічних процесів у дітей із ЗПР.
9. Обґрунтуйте необхідність спеціальних умов навчання та виховання дітей даної категорії.
10. У чому полягають особливості індивідуального підходу до дітей із ЗПР в умовах корекційно-розвивального навчання.

Література

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1994. – 375 с.
2. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1973. – 175 с.
3. Дети с задержкой психического развития / под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Ципиной. – М., 1984. – 155 с.
4. Дети с ограниченными возможностями : проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия / сост. Н. Д. Соколова – М., 2001. – 427 с.
5. Лебединская К. С. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития / под ред. К. С. Лебединской. – М., 1982. – 187 с.
6. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / В. А. Липа. – Донецк: Лебідь, 2002. – 327 с.
7. Ляшенко Т. Д. Діти з затримкою психічного розвитку та їх навчання: навчальний посібник для педагогів і шкільних психологів / Т. Д. Ляшенко, Н. А. Бастун, Т. В. Сак. – К. :ІЗМН, 1997. – 128 с.
8. Обучение детей с ЗПР: пособие для учителя / под ред. В. И. Лубовского. – Смоленск, 1994. – 228 с.
9. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Флинта, 2000. – 104 с.
10. Специальная педагогика / под ред. Н. М. Назаровой. – М., 2003. – 352 с.

РОЗДІЛ VI. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ

6.1. Види порушень опорно-рухового апарату

Рух є одним з основних проявів життєдіяльності організму, і всі його найважливіші функції – дихання, кровообіг, ковтання, переміщення тіла в просторі, звуковимовна сторона мовлення – реалізуються в русі – скороченням м'язового апарату.

У осіб із ураженнями опорно-рухового апарату (ОРА) порушений весь хід моторного розвитку, що, природно, несприятливо впливає на формування нервово-психічних функцій.

Порушення функцій ОРА можуть мати як вроджений, так і набутий характер. Визначають такі види патології опорно-рухового апарату:

1. Захворювання нервової системи: дитячий церебральний параліч (ДЦП), поліомієліт.

2. Вроджені патології ОРА: вивих стегна, деформації стоп, аномалії розвитку хребта (сколіоз), недорозвинення та дефекти розвитку кінцівок, аномалії розвитку пальців кисті, артрогрипоз – уроджені множинні викривлення кінцівок з обмеженням або відсутністю рухів у суглобах.

3. Набуті захворювання та ушкодження ОРА: травматичні ушкодження спинного мозку, головного мозку та кінцівок; поліартрит, захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт); системні захворювання скелету (ахондродістрофія – відставання в зростанні кісток кінцівок при нормальному зростанні тулуба, шиї і голови; міопатія – захворювання, яке пов'язане з порушенням обміну речовин у м'язовій тканині, характеризується м'язовою слабкістю та атрофією м'язів; рахіт).

У дітей з порушеннями ОРА провідним є руховий дефект (недорозвинення, порушення або втрата рухових функцій). Основну групу серед них становлять діти з церебральним паралічем (89%).

6.2. Загальна характеристика дітей з дитячими церебральними паралічами

Світова статистика свідчить, що на одну тисячу новонароджених припадає дві-три дитини, які страждають на дитячий

церебральний параліч. Церебральний параліч – це складне порушення рухових функцій на рівні центральної нервової системи. Раніше таких дітей називали спастиками.

Дитячий церебральний параліч – захворювання незрілого мозку, яке виникає під впливом різноманітних шкідливих факторів, що діють у період внутрішньоутробного розвитку, на момент народження і на першому році життя дитини (Є.М. Мастюкова, 1991).

ДЦП за часом виникнення поділяють на вроджений, припологовий та післяпологовий. Причинами вродженого церебрального паралічу можуть бути інфекції, інтоксикації, травми, перенесені вагітною, особливо в перші 3–4 місяці. Припологові та післяпологові паралічі пов'язані з травматичними ураженнями головного мозку плоду та народженої дитини, порушенням мозкового кровообігу в результаті асфіксії тощо.

Світова статистика свідчить про те, що вроджені причини виникнення ДЦП становлять 25% і пов'язані з генетичними вадами розвитку (мутації, хромосомна аберація), тератогенними чинниками (алкогольний синдром у зародка), інфекційними захворюваннями (краснуха, кір) та негативним впливом організму матері. Пологові причини становлять 50% і пов'язані з недоношеністю, травмами, лікарською помилкою. Післяродові причини становлять 5% й обумовлені інфекціями, травмами, лікарською помилкою. Проте причина 20% випадків виникнення ДЦП залишається невідомою (Ю.О. Лянной, 2004).

Поєднання внутрішньоутробної патології та родової травми є сьогодні однією з причин виникнення ДЦП. Діти, що перенесли стан асфіксії (недостатність кисню в крові, порушення дихання, серцевої діяльності новонародженого) мають високий ступінь ризику для виникнення ДЦП. *ДЦП, як правило, не є спадковим захворюванням.*

При цьому в першу чергу вражаються рухові зони головного мозку, а також відбувається затримка та порушення його дозрівання в цілому. Тому в дітей, які страждають на ДЦП, мають місце різноманітні порушення: **рухові, інтелектуальні, мовленнєві, розладнання інших вищих коркових функцій.**

У дітей, які страждають на ДЦП, спостерігаються важкі порушення рухів рук, ніг, голови, тулуба, зумовлені спазмом м'язової системи. Дитина з помітним запізненням починає тримати голову, повзати, сидіти, стояти, ходити. Порушення рухової функції при даному захворюванні може проявлятися в гіперкінезах.

Гіперкінези (від грец. *hiper* – надмірно, *kinesis* – рух) – це безладні, зайві, недоцільні рухи (повороти, вигинання, тремтіння). Досить часто дитячий церебральний параліч поєднується з порушеннями функцій слухового та зорового аналізаторів, різними мовленнєвими аномаліями, викликаними обмеженою рухливістю артикуляційного апарату. Усе це призводить до затримки загального розвитку дитини.

Виявлення гіперкінезів у мовленнєвій мускулатурі грубо перекручує мовлення, порою робить його незрозумілим, а інколи і неможливим. Крім цього, у дітей можуть траплятися гіперкінези в м'язах діафрагми, міжреберних м'язах, що, у свою чергу, грубо порушує дихання, плавність мовлення, а у складних випадках призводить до появи вимушених викриків або стонів.

Рухові, мовленнєві та психічні порушення можуть бути різним за ступенем вираженості – від мінімальних до максимальних.

Найважче страждають „молоді” відділи мозку – великі півкулі, які регулюють довільні рухи та мовлення.

Лобна частина кори має передню центральну звивину, у якій знаходиться рухова зона із чітко визначеною проекцією ділянок тіла. Вона є центром довільних рухів. У передній центральній звивині починається пірамідний шлях, який йде до стовбура мозку, частково перехрещуючись і спускаючись у спинний мозок. По пірамідному шляху передаються імпульси довільного руху. У задніх відділах лобної частини розташовується екстрапірамідний центр кори. Екстрапірамідна система забезпечує автоматичну регуляцію рухових актів, підтримує загальний м'язовий тонус, перерозподіляє його під час рухів, бере участь у підтримці оптимальної пози.

У середній лобній звивині знаходиться окоруховий центр, який здійснює контроль за одночасним поворотом голови та очей, що особливо важливо для формування орієнтувальних рефлексів.

У *тім'яній частині* розташовані центри праксиса. Праксис – автоматизовані цілеспрямовані рухи, які виробляються у процесі навчання та постійної практики протягом життя, наприклад ходьба, їда, одягання, письмо, праця. Праксис – вищий прояв рухових функцій, які властиві людині.

Мозочок з'єднаний з іншими відділами центральної нервової системи трьома парами ніжок, у яких проходять провідні шляхи. Мозочок забезпечує точність цілеспрямованих рухів, координує діяльність м'язів, регулює м'язовий тонус, підтримує рівновагу. Мозочок тісно пов'язаний із вестибулярним апаратом, ретикулярною

формацією та корою. При цьому кора виконує головну регулювальну функцію, оскільки до неї надходить й оброблюється вся інформація від провідників та органів чуття.

У дітей із захворюванням на ДЦП унаслідок обмеження рухів порушується весь хід моторного руху, що сприяє небажаному впливу на формування нервово-психічних функцій, системи дихання, кровообігу та ін.

Ураження рухових зон та провідних шляхів незрілого мозку гальмують і змінюють послідовність етапів його дозрівання. Унаслідок цього порушується процес формування всієї рухової функціональної системи і вищі рухові центри перестають чинити гальмівний вплив на примітивні вроджені рефлекторні рухові реакції.

Для дітей із церебральним паралічем характерна своєрідна аномалія психічного розвитку, обумовлена органічним ураженням головного мозку та різними руховими, мовленнєвими та сенсорними дефектами. Важливу роль у генезі психічних порушень відіграє обмеження рухової діяльності, соціальних контактів, а також умови виховання та оточення. Аномалії розвитку психіки при ДЦП охоплюють порушення пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та особистості.

У дітей з ДЦП *знижений запас відомостей і уявлень про оточення*. Це обумовлене кількома причинами: а) вимушеною ізоляцією, обмеженням контактів з однолітками та дорослими людьми через тривале знаходження без рухів або труднощів в пересуванні; б) ускладненням пізнання навколишнього світу, пов'язаного з проявом рухових розладів; в) порушенням сенсорних функцій.

При ДЦП відбувається *порушення координованої діяльності різних систем аналізаторів*. Патологія зору, слуху, м'язово-суглобного чуття істотно позначається на сприйнятті навколишнього світу в цілому, обмежує обсяг інформації, утруднює інтелектуальну діяльність дітей з церебральним паралічем.

Більшість дітей відрізняється *низькою пізнавальною активністю*, яке виявляється у відсутності інтересу до завдань, поганій зосередженості, повільності та зниженому переключенні психічних процесів. Низька розумова працездатність частково пов'язана з церебрастенічним синдромом, стомленням, яке швидко наростає при виконанні інтелектуальних завдань. Найбільше він виявляється в шкільному віці, при цьому порушується цілеспрямована діяльність.

За рівнем розвитку інтелекту діти з церебральним паралічем є вкрай різнорідною групою: одні з них мають інтелект в нормі або близький до норми, у інших спостерігається затримка психічного розвитку, у третіх має місце олігофренія. Діти без відхилень у психічному, зокрема інтелектуальному, розвитку трапляються досить рідко. Основним порушенням пізнавальної діяльності є затримка психічного розвитку (церебрально-органічного генезу).

Для дітей із церебральним паралічем характерні *розлади емоційно-вольової сфери*. У одних вони виявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, рухової розгальмованості, в інших – у вигляді загальмованості, соромливості, боязливості. Схильність до коливань настрою часто поєднується з інертністю емоційних реакцій. Так, почавши плакати або сміятися, дитина не може зупинитися. Підвищена емоційна збудливість нерідко поєднується з плаксивістю, дратівливістю, примхливістю, реакцією протесту, які посилюються в новій для дитини обстановці та при стомленні. Іноді може мати місце радісний, піднесений настрій із зниженням критики (ейфорія).

Порушення поведінки можуть виявлятися у вигляді рухової розгальмованості, агресії, реакції протесту відносно оточуючих. Деякі діти можуть перебувати у стані повної байдужості.

Для дітей із церебральним паралічем характерна своєрідна *структура особистості*. Достатній інтелектуальний розвиток часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самотійності, з підвищеною навіюваністю. Особистісна незрілість виявляється в наївності думок, слабкій орієнтованості у побутових та практичних питаннях. У дітей та підлітків легко формуються утриманські установки, нездатність і небажання до самотійної практичної діяльності. Виражені труднощі соціальної адаптації зумовлюють формування в них таких рис особистості, як боязливість, соромливість, невміння відстояти свої інтереси. Це поєднується з підвищеною чутливістю, образливістю, вразливістю, замкнутістю.

У структурі дефекту в дітей з церебральним паралічем значне місце займають *порушення мовлення*, частота яких становить 80%.

Особливості порушень мовлення та ступінь їх вираженості залежать, у першу чергу, від локалізації та важкості ураження мозку. Відставання в розвитку мовлення при ДЦП пов'язані з обмеженням обсягу знань та уявлень про оточення, недостатністю наочно-практичної діяльності. На розвиток мовлення несприятливо впливають помилки виховання, які припускаються батьками. Часто

батьки надмірно опікають дитину, прагнуть багато що зробити за неї, попереджають усі її бажання або виконують їх у відповідь на жест чи погляд.

Велике значення в механізмі мовленнєвих порушень при ДЦП має сама рухова патологія. Існує тісний взаємозв'язок між мовленнєвими та руховими порушеннями в дітей із церебральним паралічем.

Порушення рухової сфери обумовлюють різноманітність мовленнєвих розладів. Для кожної форми дитячого церебрального паралічу характерні специфічні порушення мовлення. Мовленнєві порушення утруднюють спілкування дітей з оточуючими та негативно позначаються на їхньому розвитку.

У дітей із церебральним паралічем мають місце такі форми мовленнєвих порушень: дизартрія, затримка мовленнєвого розвитку, алалія, порушення письмового мовлення. Вираженість дизартрічних порушень може бути різною: від легких форм до абсолютно нерозбірливого мовлення. Порушення вимови у більшості випадків ускладнене загальним недорозвитком мовлення. Мовленнєві порушення при ДЦП рідко бувають ізольованими. Наприклад, найчастіша форма мовленнєвої патології – дизартрія – часто поєднується із затримкою мовленнєвого розвитку, рідше – з алалією.

У деяких дітей виражені дизартрічні розлади супроводжуються порушеннями слуху.

20–25% дітей мають і порушення зору, характерні для ДЦП: косоокість, яка сходиться і розходиться, обмеження полів зору.

Нерідко в дітей із порушеннями опорно-рухового апарату праві кінцівки вражаються більше, тому вони змушені користуватися лівою рукою як ведучою, що утруднює оволодіння навичками самообслуговування та графічними навичками. Практично в усіх не розвинені дрібна моторика рук і тонкі рухи пальців.

У дітей з ДЦП мають місце астеничні прояви: знижена працездатність, виснаженість усіх психічних процесів, сповільнене сприйняття, труднощі переключення уваги, малий обсяг пам'яті.

ДЦП описаний ще в працях Гіппократа і К. Галена. Проте першим вивчати проблему церебральних паралічів почав англійський хірург-ортопед В.Я. Літтль (1862). Надалі детально описану їм спастичну диплегію стали називати хворобою Літтля. Різні класифікації ДЦП були запропоновані також З. Фрейдом (1897), К. Бобат і Б. Бобат (1964), У. Фелпсом (1970).

У нашій країні користуються класифікацією К.А. Семенової (1978), яка виділяє такі форми:

- спастична диплегія;
- подвійна геміплегія;
- гіперкінетична форма;
- геміпаретична форма;
- атонічно-астатична форма.

Спастична диплегія – форма ДЦП, яка характеризується центральними паралічами кінцівок з переважанням спастичного парапарезу (виникають деформації верхніх кінцівок: розвиваються привідні та внутрішньоротаційні контрактури в плечових суглобах, згинальні контрактури в ліктьових та променевоzap'ястних суглобах). Трапляється в 50% випадків. За поширеністю рухових порушень це тетрапарез (парез усіх чотирьох кінцівок), при якому ноги вражаються більше, ніж руки. Прогноз рухових можливостей менш сприятливий, ніж при геміпарезі. Лише 20–25% хворих ходять самостійно, без підручних засобів, близько 40–50% здатні пересуватися, використовуючи милиці або на візку. Ступінь соціальної адаптації може досягати рівня здорових при нормальному розумовому розвитку та гарній функції рук.

Двобічна геміплегія – найважча форма ДЦП із тотальним ураженням великих півкуль. При двобічній геміплегії рухові розлади виражені однаково в руках і ногах, або руки вражені сильніше, ніж ноги. Ланцюгові настановні випрямні рефлекси можуть не розвинути в загальному. Довільна моторика різко порушена, діти не сидять, не стоять, не ходять, функція рук не розвинена. Мовленнєві порушення грубі, за принципом анартрії, у 90% має місце розумова відсталість, у 60% – судоми, діти не спроможні навчатися. Прогноз рухового, мовленнєвого та психічного розвитку несприятливий.

Гіперкінетична форма – пов'язана з ураженням підкіркових відділів мозку. Причиною є білірубінова енцефалопатія (несумісність крові матері та плоду за резус-фактором). Характеризується порушенням координації рухів та рівноваги, м'язовою гіпотонією та затримкою темпу вікового психомоторного розвитку. При цій формі церебрального паралічу рухові розлади представлені гіперкінезами (насильницькі рухи) – атетозом, хореотетозом, торсіонною дистонією, які виникають мимовільно, посилюючись від хвилювання та стомлення. Гіперкінези мінімальні у спокої, зникають під час сну, посилюються при довільних рухах, провокуються емоціями, більш виражені в положенні на спині та стоячи. При спробі мовленнєвого

спілкування на обличчі виникають гримаси.

Довільні рухи розмашисті, дискоординовані, порушений навик письма, мовлення. У 20–25% уражений слух, у 10% можливі судоми. Прогноз розвитку рухових функцій та соціальної адаптації залежить від характеру та інтенсивності гіперкінезів. У 60–70% випадків діти навчаються самостійно ходити. Процес навчання утруднений значною мірою через поганий контроль голови та порушення дрібної моторики.

Геміпаретична форма (спастична геміплегія) – ця форма церебрального паралічу характеризується ураженням однойменних кінцівок (вважаються руки і ноги з одного боку). Верхня кінцівка переважно більше уражена, ніж нижня. М'язовий тонус в уражених кінцівках підвищений. Це пов'язане з ураженням півкулі мозку (при правобічному геміпарезі порушується функція лівої півкулі, при лівобічному – правої).

Прогноз рухового розвитку при адекватному лікуванні сприятливий. Діти ходять самі, ступінь навчання залежить від психічних і мовленнєвих порушень. Соціальна адаптація визначається інтелектуальними можливостями.

Атонічно-астатична форма (у ранньому віці – гіпотонічна форма) виникає при порушенні функції мозочка. При цьому має місце низький м'язовий тонус, порушення рівноваги у спокої та ходьбі, порушення координації рухів. Хворі із цією формою церебрального паралічу не можуть утримувати вертикальну позу через дефекти механізму поступального контролю. Рухи невідповідні, неритмічні, порушене самообслуговування, письмо. У 50% мають місце мовленнєві та психічні порушення різного ступеня важкості. Прогнози щодо становлення функціональних можливостей та соціальної адаптації несприятливі.

Супутні захворювання та вторинні порушення

1. Контрактури й деформації. Якщо в дитини з ДЦП не формуються настановні рефлексивні, то й не формуються шийний і поперековий лордоз, рано з'являється надмірно виражений кіфоз у грудному відділі хребта, що спричиняє швидкий розвиток кіфосколіозу. При затримці формування навички стояння та ходьби виникає дисбаланс м'язів кульшового суглобу. Дисбаланс м'язів гомілковостопного суглобу призводить до деформації стоп.

2. Гіпертензійно-гідроцефальний синдром. При ДЦП надмірно збільшується продукція ліквору, порушується всмоктування в шлуночках мозку, підвищується внутрішньочерепний тиск, що, у

свою чергу, здавлює клітини та судини головного мозку. При цьому можливі млявість, сонливість, апатія, підвищення м'язового тону.

3. Судомний синдром часто супроводжує ДЦП і у відповідь на екзогенні або ендогенні подразники розвиваються епілептиформні пароксизми.

4. Порушення вегетативної нервової системи. Проявляються у вигляді зниження апетиту, розладу сну, занепокоєння, періодичного підвищення температури, підвищеного потовиділення, порушення імунологічної реактивності та ін.

5. Порушення слуху. Частіше виникають при гіперкінетичних формах. Звичайно порушене сприйняття високого тону. Такі звуки як [в], [к], [с], [ф], [м] дитина просто може не вживати в своєму мовленні. Фонематичний слух недорозвинений, можливе зниження гостроти слуху. Будь-яке порушення слухового розвитку призводить до затримки мовленнєвого розвитку.

6. Порушення зору. При ДЦП знижується гострота зору, порушуються поля зору, можуть виникати аномалії рефракції, косоокість, парез погляду, зміна очного дна.

7. Порушення мовлення. При осередковому ураженні головного мозку, уповільненні темпу його дозрівання, неузгодженій діяльності правої і лівої півкуль мають місце різноманітні розлади формування мовлення (Є.М. Мастюкова, 1988).

При ДЦП порушена функція апарату артикуляції і, перш за все, фонетична вимова звуків – звуки вимовляються спотворено або замінюються близькими за артикуляцією, що призводить до невиразності мовлення та обмеження спілкування з однолітками та дорослими. Мовленнєворухові утруднення повторно призводять до порушення аналізу звукового складу слів. Діти не можуть розрізнити звуки на слух, повторити склади, виділити звуки в словах.

Лексичний запас у дітей з ДЦП збільшується поволі, не відповідає віку, дуже складно формуються абстрактні поняття, просторово-часові відносини, побудова пропозицій, сприйняття форми та об'єму тіла.

У зв'язку з лексичними порушеннями недостатньо розвивається граматична будова мовлення. Порушення фонетико-фонематичного розвитку обмежує накопичення граматичних засобів.

До клінічних проявів мовленнєвих порушень при ДЦП відносять дизартрію, алалію, дислексію, дисграфію, неврозоподібні порушення мовлення, за типом заїкання, унаслідок порушення мовленнєворухової функції, анартрію (відсутність мовлення).

Порушення мовлення нерідко поєднуються з розладами дихання та голосоутворення. У дітей із церебральними паралічами переважає прискорене, аритмічне, поверхнєве дихання. Часто порушена координація між диханням, фонацією та артикуляцією. Дихальні порушення особливо виражені при гіперкінетичній формі церебрального паралічу, при цьому довільний контроль за диханням утруднений. Порушення голосу пов'язані з парезами та паралічами м'язів язика, губ, м'якого піднебіння, гортані. При цьому голос дитини слабкий, тихий, глухий, монотонний, емоційно невиразний.

Діти з церебральними паралічами важко опановують читанням та письмом. Дислексія та дисграфія звичайно поєднуються з недорозвиненням усного мовлення й виникають при різних формах дизартрії. Тривалий час діти повільно читають по складах, переставляють букви, пропускають рядки. У письмі спотворюється графічний образ букв, насилу з'єднуються букви в слова, а слова у фрази, іноді трапляється дзеркальність письма.

Порушення читання та письма пов'язане з оптико-гностичними розладами, спастичністю м'язів кисті, очей, звуженням полів зору, порушенням взаємодії мовленнєвослухової, мовленнєворухової та зоровомоторної систем.

Порушення мовлення відбуваються у формі псевдобульбарної, мозочкової або екстрапірамідної дизартрії. При псевдобульбарній дизартрії підвищується тонус м'язів язика, обличчя, шії, порушується голосоутворення, дихання, жування.

Мозочкова дизартрія призводить до гіпотонії м'язів язика, губ; при цьому мовлення сповільнене, поштовхоподібне, яке затухає до кінця фрази.

Екстрапірамідна дизартрія виникає при гіперкінетичній формі ДЦП. Гіперкінези поширюються на м'язи язика, губ, діафрагму, при цьому порушується плавність та розміреність мовлення.

8. Психічні порушення при ДЦП обумовлені раннім органічним ураженням головного мозку, обмеженням рухової активності, соціальних контактів, а також умовами виховання. Пізнання навколишньої дійсності з перших місяців життя порушене, а пізнавальна діяльність є основою пам'яті, мислення, уявлення. Негативно впливати на нервову систему може психологічна обстановка в сім'ї, неможливість повноцінної ігрової діяльності, педагогічна занедбаність.

Психічні порушення при ДЦП виявляються у вигляді розладів емоційно-вольової сфери, пізнавальної діяльності та особистості.

Порушення пізнавальної діяльності виявляються у відсутності інтересу до занять, поганій зосередженості, повільній, низькій розумовій працездатності та концентрації уваги, зниженні пам'яті, мислення. При спастичній диплегії та геміпаретичній формі порушені просторові уявлення, конструктивний праксис; при гіперкінетичній формі порушені вербальне мислення, пам'ять, увага. Психічні порушення можуть виявлятися як у затримці психічного розвитку так і олігофренією в легкому та помірному ступені.

Порушення емоційно-вольової сфери виявляються найчастіше у вигляді підвищеної емоційної збудливості в поєднанні з нестійкістю вегетативних функцій, підвищеною виснаженістю нервової системи. У дошкільному віці діти відрізняються надмірною вразливістю, схильністю до страхів, руховою розгальмованістю, підвищеною емоційною збудливістю (Є.М. Мастюкова, Д.М. Ісаєв, 1988).

Особливості особистості – нерідко має місце затримка розвитку за типом психічного інфантилізму. У своїх вчинках діти переважно керуються емоціями задоволення, вони егоцентричні, не підкоряються вимогам колективу, вольові зусилля недостатні. Хворі емоційно нестійкі, легко виснажуються, інертні, ігрова діяльність їх бідна та одноманітна, трапляються ранні прояви сексуальності. Спостерігається дисгармонія розвитку особистості з нестійким настроєм і складною шкільною та соціальною адаптацією. На важкість психічних порушень впливають важкість і характер рухових порушень.

6.3. Структура рухового дефекту при ДЦП

У дітей з ДЦП наявні затримка й порушення формування всіх рухових функцій: важко та з запізненням формується функція утримання голови, навички сидіння, стояння, ходьби, маніпулятивної діяльності.

Рухові порушення обумовлені дією низки чинників, які безпосередньо пов'язані зі специфікою захворювання:

1. Порушення м'язового тону (за типом спастичності, ригідності, гіпотонії, дистонії). Регулювання м'язового тону забезпечується узгодженою роботою різних ланок нервової системи.

Часто при ДЦП спостерігається підвищення м'язового тону – **спастичність**. Характерним є наростання м'язового тону при спробах зробити той або інший рух (особливо при вертикальному положенні тіла), яке визначає особливу поставу дітей: ноги зігнуті в

колінних суглобах, опора на пальці, руки притиснуті до тулуба, зігнуті в ліктьових суглобах, пальці стиснуті в кулаки.

При **ригідності** м'язи напружені та знаходяться в стані тетануса (максимальне підвищення м'язового тону). Порушуються плавність та злагодженість м'язової взаємодії.

При **гіпотонії** (низький м'язовий тонус) м'язи кінцівок і тулуба є в'ялими, млявими, слабкими. При гіпотонії обсяг пасивних рухів значно більший від нормального.

Дистонія – характер м'язового тону, що змінюється. М'язовий тонус у цьому випадку відрізняється нестійкістю, мінливістю. У спокої м'язи розслаблені, при спробах до руху тонус різко наростає, внаслідок чого рух може виявитися неможливим.

При ускладнених формах ДЦП може мати місце поєднання різних варіантів порушення м'язового тону. Характер цього поєднання може змінюватися з віком.

2. Обмеження або неможливість довільних рухів (парези та паралічі). Залежно від важкості ураження мозку може спостерігатися повна або часткова відсутність тих або інших рухів. Повна відсутність довільних рухів, яка обумовлена ураженням рухових зон кори головного мозку та провідних рухових (пірамідних) шляхів, називається центральним паралічем, а обмеження обсягу рухів – центральним парезом. Обмеження обсягу довільних рухів звичайно поєднується зі зниженням м'язової сили: дитині важко або вона зовсім не спроможна підняти руки вгору, витягнути вперед, у боки, зігнути або розігнути ноги.

3. Наявність рухів, які виконуються насильно. Для багатьох форм ДЦП характерні насильницькі рухи, які можуть виявлятися у вигляді *гіперкінезів і тремора*.

Гіперкінези – мимовільні рухи, які виконуються насильно та обумовлені тонусом м'язів, що змінюється, з наявністю неприродних поз та незавершених рухів. Вони можуть спостерігатися в спокої та посилюватися при спробах виконати рухи, а також при хвилюванні. Гіперкінези завжди утруднюють здійснення довільного рухового акту, а іноді унеможливають його. Рухи, які виконуються насильно, можуть бути виражені в м'язах артикуляційного апарату, шії, голови, різних відділів кінцівок, тулуба.

Тремор – тремтіння пальців рук і мовлення. Він найбільше виражений при цілеспрямованих рухах (наприклад, при письмі). У кінці цілеспрямованого руху тремор посилюється, наприклад, при наближенні пальця до носа при закритих очах (пальце-носова проба).

4. Порушення рівноваги та координації рухів (атаксія). Тулубна атаксія виявляється у вигляді нестійкості при сидінні, стоянні та ходьбі. У важких випадках дитина не може сидіти або стояти без підтримки. Має місце нестійкість ходи: діти ходять на широко розставлених ногах (з метою компенсації дефекту), похитуючись, відхиляючись убік. Порушення координації виявляються в неточності, невідповідності рухів (перш за все рук). Порушується координація тонких, диференційованих рухів. У результаті дитина зазнає труднощів у маніпулятивній діяльності та при письмі.

5. Порушення відчуття рухів (кінестезії). Відчуття рухів здійснюється за допомогою спеціальних чутливих клітин (пропріорецепторів), які розташовані в м'язах, сухожиллях, зв'язках, суглобах та передають до центральної нервової системи інформацію про положення кінцівок і тулуба в просторі, ступінь скорочення м'язів. Ці відчуття називають м'язово-суглобним чуттям. При всіх формах церебрального паралічу порушується пропріоцептивна регуляція руху. У дітей із церебральним паралічем спостерігається ослаблене відчуття пози; у деяких спотворене сприйняття напряму руху (наприклад, рух пальців рук по прямій може відчуватися ними як рух по колу або вбік). Порушення відчуття рухів ще більш збіднює руховий досвід дитини, спричиняє розвиток одноманітності в здійсненні окремих рухів, затримує формування тонких координованих рухів.

6. Недостатній розвиток ланцюгових настановних випрямних рефлексів (статокінетичних рефлексів). Статокінетичні рефлекси забезпечують формування вертикального положення тіла дитини та довільної моторики. У разі недорозвинення цих рефлексів дитині важко утримувати в потрібному положенні голову та тулуб. У результаті вона зазнає труднощів в оволодінні навичками самообслуговування, трудовими операціями.

7. Синкинезії – це мимовільні рухи, які супроводжуються виконанням активних рухів (наприклад, при спробі взяти предмет однією рукою відбувається згинання іншої руки; дитина не може розігнути зігнуті пальці рук, а при випрямленні всієї руки пальці розгинаються).

8. Наявність патологічних тонічних рефлексів. При ДЦП запізнюється згасання вроджених безумовно-рефлекторних рухових автоматизмів, до яких належать позотонічні рефлекси. Патологічно посилені позотонічні рефлекси не тільки порушують послідовний хід

розвитку рухових функцій, але є однією з причин формування патологічних поз, рухів, контрактур і деформацій. Розвиток моторики при ДЦП найчастіше зупиняється на тій стадії, коли тонічні рефлексичинять вирішальний вплив. Дитині може бути 2 роки, 5, 10 років та більше, а її руховий розвиток буде відповідати рівню 5–8-місячного здорового немовля.

Рухові порушення в дітей з церебральним паралічем можуть мати різний ступінь вираженості. При важкому ступені рухового порушення дитина не опановує навичками ходьби та маніпулятивної діяльності, не може обслуговувати себе. При середньому ступені рухових порушень діти оволодівають ходьбою, але ходять невпевнено, часто за допомогою спеціальних пристосувань (милиць, тростини та ін.). Вони не спроможні самостійно пересуватися містом, їздити транспортом. Навички самообслуговування в них розвинені погано. При легкому ступені рухових порушень діти ходять самостійно, впевнено як у приміщенні, так і за його межами, можуть самостійно їздити міським транспортом, повністю себе обслуговують, в них достатньо розвинена маніпулятивна діяльність. Проте в дітей можуть спостерігатися неправильні пози та положення, порушення ходи, знижена м'язова сила.

6.4. Зміст корекційної роботи при ДЦП

Спеціально організований комплекс заходів реабілітації й адаптації осіб з ураженням опорно-рухового апарату повинен бути спрямований на те, щоб особи даної категорії могли вести нормальне життя, працювати, займатися спортом і т.ін. Проте ці особи можуть залишатися в уразливому стані, який є підвищеним, що слід враховувати при роботі з ними.

Основні напрями корекційної роботи з формування рухових функцій пропонують комплексний, систематичний вплив, який передбачає медикаментозне, ортопедичне лікування, різноманітні засоби фізичної реабілітації, пов'язані з корекцією рухів, психотерапію.

Медикаментозне лікування спрямоване на нормалізацію м'язового тону, зменшення вимушених рухів (гіперкінезів), посилення активності компенсаторних процесів у нервовій системі. Воно повинне бути строго індивідуальним залежно від структури дефекту, особливостей, психічної діяльності і соматичного стану дитини.

Заходи ортопедичного характеру передбачають, передусім, додержання ортопедичного режиму, розробленого для кожної дитини індивідуально, використання різноманітних ортопедичних пристроїв для ходи, корекції положення рук та пальців, стабілізації голови та ін.

Логопедична робота з дітьми з ДЦП спрямована на розвиток усіх аспектів мовленнєвої діяльності дитини, на попередження та подолання рухів, які одночасно виявляються в скелетній мускулатурі та особливо в пальцях рук і мимічній мускулатурі, на розвиток правильного дихання.

Фізіотерапевтичні процедури та засоби фізичної реабілітації спрямовані на зменшення спастичності, поліпшення кровообігу в м'язах. Серед них виділяють – кондуктивну педагогіку, методику Войта, методику Бобатова (заснована на тому, що нормальному руху повинен відповідати нормальний м'язовий тонус. Відповідно до цього розроблені спеціальні пози-укладання, у яких у дитини відбувається максимальне зниження позотонічних рефлексів, що перешкоджають нормальному руху), методику Семенової, іпотерапію, тандотерапію, а також масаж, лікувальну фізичну культуру, працетерапію, акватерапію, ігри, фізіотерапію (електрофорез, УВЧ-терапію, теплолікування) та ін.

Психотерапія спрямована на керування нервовою системою з метою формування адаптивних функцій. Вона повинна також нейтралізувати наслідки негативного впливу центральної нервової системи на моторику.

Навчання дітей з ДЦП в Україні проводиться у школах спеціального типу – школах-інтернатах для дітей з наслідками церебрального паралічу. До цих шкіл приймаються діти шкільного віку, які самостійно пересуваються та не потребують індивідуального догляду. У загальноосвітніх школах для дітей з церебральними паралічами організовуються спеціальні класи при школі.

У міру відновлення здоров'я на підставі висновку медико-педагогічної комісії учні можуть бути переведені в масову школу або школу-інтернат загального профілю.

Після закінчення школи випускнику надаються рекомендації щодо подальшого професійного навчання або працевлаштування.

У багатьох країнах дітей із церебральним паралічем намагаються навчати у звичайних школах. Наприклад, в Італії особливо добре розвинута система шкільної та соціальної інтеграції хворих, в обов'язковому навчанні не існує диференціації, спеціалізованих шкіл там немає.

Контрольні запитання та завдання

1. Перерахуйте основні види порушень опорно-рухового апарату.
2. Які причини порушень опорно-рухового апарату у дітей? Як ці порушення впливають на особливості розвитку дітей даної категорії?
3. Охарактеризуйте структуру рухового дефекту при ДЦП.
4. Обґрунтуйте вторинні відхилення в розвитку при ДЦП.
5. Назвіть основні клінічні форми ДЦП.
6. Дайте психолого-педагогічну характеристику дітей з ДЦП.
7. Проаналізуйте систему спеціалізованої допомоги особам з ураженням опорно-рухового апарату.
8. Проаналізуйте систему корекційно-виховної роботи при ДЦП.
9. Визначте сучасні засоби фізичної реабілітації при роботі з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату.
10. Обґрунтуйте вагому роль психотерапевтичних засобів при ДЦП.

Література

1. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – К., 1988. – 177 с.
2. Бадалян Л. О. Невропатология / Л. О. Бадалян. – М. : Академия, 2000. – 325 с.
3. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральными параличами в семье / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова. – М., 1993. – 128 с.
4. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / В. А. Липа. – Донецк : Лебідь, 2002. – 327 с.
5. Лянной Ю. О. Інвалідний спорт : навчально-методичний посібник для студентів / Ю. О. Лянной. – Суми : СумДПУ, 2000. – 208 с.

6. Лянной Ю. О. Основы физической реабилитации. Курс лекцій / Ю. О. Лянной. – Сумы: Редакционно-издательский отдел СумГПУ им. А. С. Макаренко, 2004. – 472 с.

7. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова. – М., 1991. – 158 с.

8. Особенности психофизического развития специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / под ред. Т. А. Власовой. – М., 1985. – 182 с.

9. Физическая реабилитация : учебник для академий и институтов физической культуры / под ред. С. Н. Попова. – Ростов н/Д : Феникс, 1999. – 608 с.

10. Частные методики адаптивной физической культуры : учебное пособие / под ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2004. – 464 с.

РОЗДІЛ VII. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

7.1. Загальні уявлення про порушення мовлення та їх причини

Мовлення – найважливіша психічна функція, властива тільки людині. На основі мовлення та її смислової одиниці – слова формуються та розвиваються такі психічні процеси, як сприйняття, уявлення, пам'ять, мислення. Мовлення є основою комунікативної функції, яка здійснюється за допомогою тієї чи іншої мови.

У тих випадках, коли в дитини збережений слух, не порушений інтелект, але мають місце значні мовленнєві порушення, які не можуть не позначитися на формуванні всієї її психіки, говорять про особливу категорію дітей з порушеннями в розвитку – *дітей з мовленнєвими порушеннями*. Мовленнєві порушення, що виникли під впливом якого-небудь патогенного чинника, самі не зникають і без спеціально організованої корекційної роботи можуть негативно позначитися на всьому подальшому розвитку дитини. Тому слід розрізняти патологічні порушення мовлення та мовленнєві відхилення від норми, викликані віковими особливостями формування мовлення або умовами зовнішнього середовища, до яких належать деякі мовленнєві особливості батьків, двомовність у родині і т.ін.

Серед причин, що викликають порушення мовлення, розрізняють біологічні та соціально-психологічні чинники ризику. *Біологічні причини* розвитку мовленнєвих порушень є патогенними чинниками, які впливають у період внутрішньоутробного розвитку та пологів (гіпоксія плоду, родові травми та ін.), а також на перших місяцях життя після народження (мозкові інфекції, травми та ін.).

Соціально-психологічні чинники ризику пов'язані переважно із психічною депривацією дітей. Особливе значення має недостатність емоційного й мовленнєвого спілкування дитини з дорослими. Негативно впливати на мовленнєвий розвиток також можуть необхідність засвоєння дитиною молодшого дошкільного віку одночасно двох мовних систем, зайва стимуляція мовленнєвого розвитку дитини, неправильний тип виховання дитини, педагогічна занедбаність, тобто відсутність належної уваги до розвитку мовлення дитини, а також дефекти мовлення оточуючих. Як результат, у дитини можуть формуватися порушення розвитку різних сторін

мовлення.

При мовленнєвих порушеннях може мати місце обмежена рухливість органів мовлення. Нечіткість в артикуляції звуків мовлення викликають недоліки вимови, які призводять до обмеження мовленнєвої активності. Дитина, яка побоюється насмішок оточуючих, обмежує коло свого мовленнєвого спілкування, що, природно, призводить до зниження активного та пасивного словникового запасу.

Вивченням, попередженням та корекцією мовленнєвих порушень займається галузь корекційної педагогіки – *логопедагогіка*.

До **органічних причин** порушення мовлення, за М.Є. Хватцевим, належать недорозвинення та ураження мозку у внутрішньоутробному періоді, у момент пологів або після народження, а також різні органічні порушення периферійних органів мовлення. Ним були виділені органічні центральні (ураження мозку) й органічні периферійні причини (ураження органу слуху, розщеплювання піднебіння та інші морфологічні зміни апарату артикуляції).

Функціональні причини – порушення співвідношення процесів збудження та гальмування в центральній нервовій системі.

До **психоневрологічних причин** належать розумова відсталість, порушення пам'яті, уваги та інші розлади психічних функцій.

Соціально-психологічними причинами порушення мовлення є різні несприятливі впливи навколишнього середовища.

Під **причиною порушень** мовлення розуміють дію на організм зовнішніх (екзогенних) або внутрішніх (ендогенних) шкідливих чинників або їх взаємодії, які визначають специфіку мовленнєвого розладу й без яких останнє не може виникнути.

У виникненні мовленнєвих розладів велику роль відіграють **екзогенно-органічні чинники**. Під ними розуміють різний несприятливий вплив (інфекції, травми, інтоксикації та ін.) на центральну нервову систему дитини та на її організм у цілому. Залежно від часу дії цих чинників розрізняють внутрішньоутробну патологію; ушкодження при пологах і вплив різних шкідливих чинників після народження.

Внутрішньоутробна патологія часто поєднується з ушкодженням нервової системи дитини під час пологів. Це поєднання в сучасній медичній літературі позначається терміном „перинатальна патологія”. Вона може бути обумовлена захворюваннями матері під час вагітності, інфекціями, інтоксикаціями, токсикозом вагітності, а

також різноманітною акушерською патологією. Мають значення також акушерські маніпуляції, які можуть ушкодити нервову систему плоду.

Провідне місце в перинатальній патології нервової системи займають *асфіксія* та *родова травма*.

Внутрішньочерепна родова травма та асфіксія (кисневе голодування плоду під час пологів) може бути спричинене порушенням внутрішньоутробного розвитку плоду. Родова травма призводить до внутрішньочерепних крововиливів та загибелі нервових клітин. Внутрішньочерепні крововиливи можуть захоплювати й мовленнєві зони кори головного мозку, що викликає різні порушення мовлення.

В етіології мовленнєвих порушень у дітей певну роль може відігравати імунологічна несумісність крові матері та плоду (за резус-фактором).

У дітей з аномаліями та вадами розвитку мозку часто бувають асиметрія черепа, аномалія піднебіння (високе „готичне” піднебіння, сплющене піднебіння, роздвоєна губа), дефекти розвитку верхньої та нижньої щелепи та ін.

Порушення внутрішньоутробного розвитку плоду – ембріопатії – можуть виникати внаслідок вірусних захворювань, прийому лікарських препаратів, іонізуючої радіації, вібрації, алкоголізму та куріння під час вагітності.

Певне значення в етіології мовленнєвих порушень у дітей мають і спадкові чинники. Часто вони є умовами для виникнення мовленнєвої патології під впливом навіть незначних несприятливих дій.

Спадково-дегенеративні захворювання нервової системи обумовлені змінами генетичної інформації. У їх основі лежать генні мутації, які призводять до порушення синтезу певних структурних білків або ферментів, що викликає різні порушення.

Найчастіше має місце поєднання спадкової схильності, несприятливого оточення та ушкодження або порушення дозрівання мозку під впливом різних несприятливих чинників.

Аналіз етіології мовленнєвих порушень допомагає розмежуванню „первинних” мовленнєвих розладів, пов’язаних з ураженням або дисфункцією мовленнєвих механізмів, і „вторинних”, які спостерігаються в дітей з порушеннями інтелекту або сенсорними дефектами, а також при різних захворюваннях центральної нервової системи.

При оцінюванні порушень мовлення в дітей важливо враховувати критичні періоди, коли відбувається найбільш інтенсивний розвиток тих або інших ланок мовленнєвої системи:

➤ **перший період** (1–2 рік життя) – формуються передумови мовлення й розпочинається мовленнєвий розвиток, складаються основи комунікативної поведінки, і рушійною її силою стає потреба в спілкуванні;

➤ **другий критичний період** (3 роки) – інтенсивно розвивається зв'язне мовлення, відбувається перехід від ситуативного мовлення до контекстного, що вимагає значної узгодженості в роботі центральної нервової системи (мовленнєворухового механізму, уваги, пам'яті);

➤ **третій критичний період** (6–7 років) – початок розвитку письмового мовлення. Зростає навантаження на центральну нервову систему дитини. У разі підвищених вимог можуть відбуватися „зриви” нервової діяльності з виникненням заїкання.

Критичні періоди розвитку мовлення можуть мати як самостійне значення, так і поєднуватися з іншими несприятливими чинниками – генетичними, загальною ослабленістю дитини, дисфункцією з боку нервової системи та ін.

7.2. Класифікація порушень мовлення

На даний момент в логопедії існують дві класифікації мовленнєвих порушень – клініко-педагогічна та психолого-педагогічна. Між цими класифікаціями немає суперечностей, вони доповнюють одна одну й розроблені переважно з урахуванням первинного порушення мовлення дітей, тобто тих, у яких немає порушень слуху та інтелекту.

Клініко-педагогічна класифікація спирається на традиційну для логопедії співдружність із медициною, але, на відміну від чисто клінічної, види мовленнєвих порушень, які в ній виділяють, не прив'язуються строго до форм захворювань.

Вона орієнтована переважно на корекцію дефекту мовлення, розроблення диференційованого підходу до їх подолання й спрямована на граничну деталізацію видів і форм мовленнєвих порушень, тому ґрунтується на підході від загального до окремого.

Усі види порушень, які розглядаються в даній класифікації, на основі психолого-лінгвістичних критеріїв можна поділити на дві великі групи залежно від того, яке мовлення порушене: усне чи

письмове.

Порушення усного мовлення, у свою чергу, поділяються на два типи: 1) фонаційного (зовнішнього) оформлення вислову, які називають порушеннями вимовної сторони мовлення, і 2) структурно-семантичного (внутрішнього) оформлення вислову, які в логопедії називають системними порушеннями мовлення.

Фонаційні порушення диференціюються залежно від ураження тієї чи іншої ланки вимовної сторони мовлення:

- а) голосостворення;
- б) темпо-ритмічної організації вислову;
- в) інтонаційно-мелодійного;
- г) звуковимовного.

Перераховані розлади можуть бути ізольованими або в різних поєднаннях.

I. Розлади фонаційного оформлення вислову:

1. Дисфонія (афонія) – відсутність або розлад фонації (голосу) унаслідок патологічних змін голосового апарату. Виявляється або у відсутності голосу (афонія), або в порушенні сили, висоти чи тембру голосу (дисфонія).

2. Брадилалія – патологічно сповільнений темп мовлення.

3. Тахилалія – патологічно прискорений темп мовлення.

Брадилалія і тахилалія об'єднуються під загальною назвою – порушення темпу мовлення. Наслідком порушеного темпу мовлення є порушення плавності мовленнєвого процесу, виразності.

4. Зайкання – порушення темпо-ритмічної організації мовлення, яке обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату.

5. Дислалія – порушення звуковимови при нормальному слуху та збереженій іннервації мовленнєвого апарату. Виявляється у спотвореному вимовленні звуків, заміні звуків або їх змішуванні.

Дефект може бути обумовлений тим, що в дитини не повністю сформувалася артикуляторна база (не засвоєний весь набір позицій артикуляції, необхідних для вимовляння звуків).

6. Ринопалія – порушення тембру голосу та звуковимови, які обумовлені анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату внаслідок порушення нормальної участі носової порожнини в голосостворенні. Усі звуки стають надмірно назалізованими (носовими), спотворено звучать носові звуки [м], [н]; мовлення при цьому малорозбірливе, монотонне.

7. Дизартрія – порушення вимовної сторони мовлення, яке обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату.

Дизартрія є наслідком органічного порушення центрального характеру, що призводить до рухових розладів. Виникає в результаті різних органічних уражень ЦНС (при ДЦП). Виражається в різному ступені – від нечіткої вимови окремих звуків до повної нездатності вимовляти звуки.

II. Порушення структурно-семантичного (внутрішнього) оформлення вислову:

1. Алалія – відсутність або недорозвинення мовлення унаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини.

Один з найскладніших дефектів мовлення, при якому порушені операції відбору та програмування на всіх етапах формування і прийому мовленнєвого вислову, унаслідок чого мовленнєва діяльність дитини є несформованою.

Розрізняють моторну й сенсорну алалію. При моторній алалії зберігається розуміння звернутого повсякденного мовлення та різко порушена здатність формувати мовлення, при сенсорній – різко порушене розуміння звернутого мовлення, унаслідок чого не відбувається оволодіння ним. Велике значення має відмежування алалії (як первинного дефекту) від вторинних порушень мовленнєвого розвитку при розумовій відсталості й порушеннях слуху.

2. Афазія – повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальними ураженнями головного мозку.

У дитини втрачається мовлення в результаті черепно-мозкових травм, нейроінфекції або пухлин мозку після того, як мовлення вже було сформовано. На відміну від афазії дорослих, існує дитяча, або рання, афазія.

Залежно від зони ураження розрізняють моторну й сенсорну афазію. При моторній афазії вражається руховий мовленнєвий центр (центр Брока) і дитина втрачає здатність говорити (порушується експресивне мовлення), при сенсорній – вражається чутливий (сенсорний) центр мовлення (центр Верніке) і дитина перестає розуміти мовлення (імпресивна сторона). Сприйняття немовленнєвих звуків, як правило, не порушене.

Порушення письмового мовлення поділяються на два види: продуктивний (порушення акту письма) і рецептивний (розлад читання).

1. Дислексія – часткове специфічне порушення процесу читання, яке пов'язане з ураженням деяких ділянок кори головного мозку. Виявляється в утрудненні при пізнанні та пізнаванні букв, при

злитті літер у склади та складів у слова, що призводить до сповільненого характеру читання, неправильного розуміння навіть простого тексту.

2. Дисграфія – часткове специфічне порушення процесу письма. Виявляється в нестійких оптико-просторових образах букв, у спотвореннях звуко-складового складу слова та структури речення. В основі дисграфії в дітей звичайно лежить недорозвинення усного мовлення та недоліки вимови.

У разі несформованості процесів читання та письма (у ході навчання) говорять про алексію та аграфію.

Психолого-педагогічна класифікація виникла в результаті критичного аналізу клінічної класифікації з погляду застосовності її в педагогічному процесі, якою є логопедична дія. Увага дослідників була спрямована на розроблення методів логопедичної дії для роботи з колективом дітей (групою, класом).

Порушення мовлення в даній класифікації поділяються на дві групи: **порушення засобів спілкування** та **порушення в їх застосуванні**.

До першої належать:

1. Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення (ФФН) – порушення процесів формування вимовної системи рідної мови в дітей із різними мовленнєвими розладами унаслідок дефектів сприйняття та вимови фонем (звук мовлення, за механізмом утворення поділяється перш за все на голосні і приголосні). Серед дітей з порушеннями мовлення ця група є найчисленнішою. В усному мовленні в дітей з ФФН найчастіше трапляються такі відхилення у вимові: відсутність звуку (ука-рука), заміна одного звуку іншим певним звуком (суба-шуба), змішування тих звуків, які входять до складу певних фонетичних груп. Спостерігається нестійке вживання цих звуків у різних словах. Відповідно, виникають значні ускладнення при навчанні письму та читанню.

2. Загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) – різні складні мовленнєві розлади, при яких порушується формування всіх компонентів мовленнєвої системи, що належать до її звукової та змістової сторони.

Загальними ознаками цих розладів є: пізній початок розвитку мовлення, мізерний словниковий запас, аграматизм, дефекти вимови, дефекти фонемостворення.

Дане мовленнєве порушення викликане органічним ураженням ЦНС чи периферійного відділу мовленнєвого апарату (алалія, афазія,

дизартрія, ринолалія), або функціональними порушеннями (затримка розвитку мовлення). При цьому в дітей зберігається слух, вони задовільно розуміють доступне для певного віку мовлення, яке до них звернене. Це порушення може виявлятися різною мірою: від відсутності мовлення або її лепітного стану до розгорнутого, але з елементами фонематичного й лексико-граматичного недорозвинення. Ступінь вираженості порушення мовлення може бути діагностовано в дітей будь-якого віку. Грубе загальне недорозвинення мовлення є причиною порушення формування пізнавально-розумової діяльності вторинного характеру.

У дітей із ЗНМ через недостатність мовленнєвомисленної діяльності страждає процес формування мовленнєвих умінь та навичок. У дошкільному віці в них не формуються узагальнені уявлення про мовленнєві одиниці різних рівнів: звуки, фонемі, лексеми, граматичні форми та конструкції, закономірності побудови зв'язного вислову. Це виражається в системному недорозвиненні всіх сторін мовлення, його усної та письмової форм.

У частини дітей цієї групи недорозвинення мовлення може бути виражене нерізко, тобто порушення всіх рівнів мовленнєвої системи виявляються незначною мірою. Такі діти, як правило, навчаються в масових школах, хоча успішність у них низька. Вони зазнають певні труднощі при засвоєнні навчального матеріалу, часто трапляються специфічні помилки письма та читання: заміни фонологічного характеру, структурні порушення слова, аграматизми; у них ускладнені процеси аналізу письмового тексту. Ці діти також потребують систематичної логопедичної допомоги.

До другої групи належать такі порушення в застосуванні засобів спілкування: заїкання як порушення комунікативної функції мовлення при засобах спілкування, які правильно сформувалися та є складним порушенням мовлення, що характеризується розладом його ритму та плавності. Як правило, заїкання виникає в дітей 2–5 років, тобто в період формування розгорненого фразового мовлення, частіше – у дітей, які легко збуджуються.

Викликається заїкання судомами м'язів мовленнєвого апарату, які періодично виникають та до яких іноді приєднуються й судоми обличчя та кінцівок. Можливий і комбінований дефект, при якому заїкання поєднується із загальним недорозвитком мовлення.

Логоневроз – невротичне захворювання розладу мовленнєвої функції, яке виникає в результаті психічної травми і з часом пом'якшується. Виявляється у вигляді заїкання та мутизму (відмови

від активного мовлення – повного або вибіркового мовчання). Характеризується загальноневротичними проявами (зниження самооцінки, зростання тривожності, пригнічений настрій і т.ін.), а також невротичним ураженням мовлення, зокрема логофобією (страху мовлення). При цьому болісне передчуття неповноцінності свого висловлення блокує механізм звуковимови. Лікування проводиться переважно методами психотерапії.

Наведені класифікації відображають сучасний стан теорії логопедії. Між ними немає суперечностей – вони доповнюють одна одну.

Для дітей з важкою формою заїкання, ринолалією, порушеннями голосу й темпу мовлення характерна фіксація на дефекті, яка є одним з основних чинників, що ускладнюють структуру порушення та визначають ефективність його подолання. Цим дітям необхідне спеціальне (корекційне) навчання, яке спрямоване на подолання первинного дефекту, корекцію емоційно-вольової сфери, подолання вторинних порушень.

Діти з мовленнєвими порушеннями звичайно мають функціональні або органічні відхилення в стані центральної нервової системи.

Наявністю органічного ураження мозку пояснюється те, що такі діти погано переносять жару, задуху, поїздки транспортом, нерідко вони скаржаться на головні болі, нудоту й запаморочення. У багатьох з них мають місце різні рухові порушення: порушення рівноваги, координації рухів, недиференційованість рухів пальців руки та артикуляційних рухів. Такі діти швидко виснажуються, займаючись будь-якою діяльністю. Їм властиві дратівливість, підвищена збудливість, рухова розгальмованість, вони не можуть спокійно сидіти, бовтають ногами та ін. Діти емоційно нестійкі, у них швидко змінюється настрій. Нерідко виникають розлади настрою з проявами агресії, нав'язливості, занепокоєння, іноді спостерігається загальмованість та в'ялість. Діти доволі швидко втомлюються, причому втома накопичується наприкінці дня, а також наприкінці тижня. Стомлення відбивається на поведінці дитини, на її самопочутті; посилюються головні болі, з'являється розлад сну, млявість або, навпаки, підвищена рухова активність. Дітям важко зберігати всидливість, працездатність та увагу протягом усього уроку. Рухова розгальмованість цих дітей виявляється в тому, що вони проявляють рухове занепокоєння, під час уроку встають, ходять по класу, вибігають у коридор. На перервах діти надмірно збудливі, не

реагують на зауваження, після перерви важко зосереджуються на уроці.

У таких дітей мають місце нестійкість уваги та пам'яті, низький рівень розуміння словесних інструкцій, недостатність регулювальної функції мовлення, низький рівень контролю за власною діяльністю, порушення пізнавальної діяльності, низька розумова працездатність. Психічний стан дітей нестійкий, унаслідок чого їхня працездатність різко змінюється. У період психосоматичного благополуччя такі діти можуть досягати досить високих результатів у навчанні.

Діти з функціональними відхиленнями у стані ЦНС емоційно реактивні, легко дають невротичні реакції, навіть розлади у відповідь на зауваження, погану оцінку, неухвалене ставлення з боку вчителя та дітей. Їхня поведінка може характеризуватися негативізмом, підвищеною збудливістю, агресією або, навпаки, підвищеною соромливістю, нерішучістю. Усе це в цілому свідчить про особливий стан центральної нервової системи дітей, які страждають на мовленнєві розлади.

7.3. Основні види логопедичної допомоги дітям, які мають мовленнєві порушення

Допомога дітям з мовленнєвими порушеннями на сьогодні здійснюється в системі освіти, охорони здоров'я та соціального захисту.

У системі освіти діють спеціальні (логопедичні) групи, а також логопедичні пункти в дитячих садках загального типу. При масових школах існують логопедичні пункти, де логопед надає допомогу дітям, які мають порушення мовлення та труднощі у навчанні. Крім того, діють спеціальні (корекційні) школи для дітей із важкими порушеннями мовлення, які складаються з двох відділень. До першого відділення приймаються діти з важкими порушеннями мовлення, які перешкоджають навчанню в масовій школі (дизартрія, ринолалія, алалія, афазія). До другого відділення зараховуються діти, які страждають важким заїканням. Своєчасний корекційний розвиток дітей із важкими порушеннями мовлення забезпечує засвоєння ними в повному обсязі програм загальноосвітньої школи загального призначення при збільшенні термінів навчання.

Надання логопедичної допомоги здійснюється і в системі охорони здоров'я. При поліклініках та психоневрологічних диспансерах (дитячих та дорослих) є логопедичні кабінети, де

надається логопедична допомога особам різного віку, які мають порушення мовлення. У системі охорони здоров'я організовані спеціалізовані ясла для дітей з мовленнєвими порушеннями, де надається допомога дітям із затримкою розвитку мовлення, а також дітям із заїканням.

У системі соціального захисту є спеціалізовані будинки дитини, до завдань яких входять діагностика та виправлення мовлення в дітей. У дитячих дошкільних та шкільних психоневрологічних санаторіях надається допомога дітям, які страждають на різні неврологічні захворювання, дітям із загальним недорозвиненням мовлення, затримкою розвитку мовлення, заїканням. У системі охорони здоров'я надається допомога й дорослому населенню (особам, які страждають на афазію, дизартрію, заїкання), яка організована стаціонарно, напівстаціонарно, амбулаторно.

Логопедична допомога, яку одержують особи з мовленнєвими порушеннями, незалежно від типу установи здійснюється тільки в умовах комплексного медико-психолого-педагогічного впливу. Вона припускає участь у процесі реабілітаційної роботи цілої групи фахівців (логопеда, лікаря, психолога) відповідно до потреб дитини або дорослого, які мають мовленнєву патологію.

Контрольні запитання та завдання

1. Дайте визначення мовленнєвим порушенням.
2. Охарактеризуйте причини порушення мовлення.
3. Розкрийте етіологію мовленнєвих порушень.
4. Назвіть критичні періоди, коли відбувається найбільш інтенсивний розвиток тих або інших ланок мовленнєвої системи.
5. Охарактеризуйте клініко-педагогічний та психолого-педагогічний підхід у класифікації порушень мовлення.
6. Які основні порушення мовлення мають місце в дітей?
7. Дайте психолого-педагогічну характеристику дітям з порушенням мовлення.
8. Обґрунтуйте вплив мовленнєвих порушень на розвиток дитини.
9. Обґрунтуйте принцип системного підходу до порушень мовлення.

10. Які види логопедичної допомоги надаються особам з порушеннями мовлення?

11. Визначте роль вихователя дошкільних закладів у профілактиці та корекції порушень мовлення в дітей дошкільного віку.

12. Визначте умови виховання дитини в сім'ї, яких необхідно дотримуватись, щоб запобігти порушень мовлення.

Література

1. Власенко И. Т. Методы обследования речи у детей / И. Т. Власенко, Г. В. Чиркина. – М., 1996. – 182 с.

2. Егоров Т. Г. Психология овладения навыками чтения / Т. Г. Егоров. – М., 1998. – 175 с.

3. Игнатъева С. А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии : учебн. пособ. для студ. высш. учебн. завед. / С. А. Игнатъева, Ю. А. Блинков – М. : Владос, 2004. – 304 с.

4. Лалаева Р. И. Нарушение процесса овладения чтением у детей / Р. И. Лалаева. – М., 1983. – 155 с.

5. Логопедия : учебн. для студ. деф. фак. пед. вузов / под. ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М. : Владос, 1998. – 680 с.

6. Шеремет М. К. Логопедія : підручник / М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста / за ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2010. – 376 с.

7. Основы логопедии : учебн. пос. для студ. пед. инст. / под ред. Т. Б. Филичевой, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

8. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р. Е. Левиной. – М. : Просвещение, 1968. – 357 с.

9. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. проф. В. И. Селиверстова. – М. : Владос, 1997. – 285 с.

10. Рау Е. Ф. Логопедия / Е. Ф. Рау, В. А. Синяк. – М., 1968. – 228 с.

РОЗДІЛ VIII. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СПІЛКУВАННЯ ТА ПОВЕДІНКИ

8.1. Поняття про синдром раннього дитячого аутизму (РДА) та причини його виникнення

Діти з розладами емоційно-вольової сфери характеризуються порушенням розвитку соціальної взаємодії, у тому числі й спілкування з оточуючими, зокрема батьків та всіх членів сім'ї, своєрідними відхиленнями у становленні пізнавальної діяльності (порушення тимчасової орієнтації, фантастичне сприйняття окремих явищ дійсності та ін.), які в більшості випадків обумовлені відсутністю комунікації з дорослими та однолітками, стійким негативізмом, у результаті якого у них має місце неадекватність поведінки.

Цим дітям властиве перекривлення психічного розвитку, яке охоплює сенсомоторну, перцептивну, мовленнєву, інтелектуальну та емоційну сфери. Таким дітям важко набувати знання та практично користуватися ними, тому що в них порушений контакт з іншими людьми і вони орієнтуються переважно на свої індивідуальні інтереси. Усе це призводить до труднощів соціальної адаптації, для подолання яких потрібні великі зусилля.

Найбільше всі перераховані особливості виявляються при ранньому дитячому аутизмі. Дитячий аутизм може виникати звичайно у віці 1,5–2 років, переважно у хлопчиків внаслідок соціально-культурної депривації, а також у результаті асоціального виховання та з деяких інших причин. Деякі вчені вважають РДА явищем, характерним для шизофренії.

Аутизм – стан психіки, що характеризується відходом від реальності й порушенням комунікативності (якісні порушення соціальних взаємодій; якісні порушення вербального та невербального спілкування, уявлень, фантазії; помітне обмеження кола діяльності та інтересів).

Згідно з МКХ-10, аутизм – це своєрідне порушення психологічного розвитку, який, як правило, виявляється в перші 30 місяців життя. Аутизм уперше був описаний Лео Каннером у 1943 р. Основною ознакою аутизму є порушення контакту дитини з навколишнім світом, і перш за все з людьми. Дитина з аутизмом занурена у світ власних хвилювань, відгороджена від навколишнього

світу, не прагне або не переносить міжособистісних контактів. Вона замкнена та сторониться колективу однолітків, у неї відсутні жива виразна міміка та жести, вона прагне не дивитися в очі оточуючим. Ці діти уникають також тілесних контактів, стороняться ласки близьких. Краще за все вони себе почувають, коли їх залишають у спокої. Дитина з аутизмом ніби не помічає інших людей; покинута на саму себе, вона може одноманітно повторювати одні й ті ж рухи, щось нашептувати, часом викрикувати окремі слова або звуки, позбавлені конкретного значення. Якщо дорослий все ж таки намагається вступити з нею в контакт, вона збуджується, стає напруженою, може проявляти агресію до оточуючих.

Аутизм є симптомом багатьох психічних розладів, але у деяких випадках проявляється дуже рано, займає центральне провідне місце в клінічній картині.

Ранній дитячий аутизм – клінічна модель особливого спотвореного варіанту порушення психічного розвитку. Окремі психічні процеси розвиваються повільно, у той же час як інші – патологічно прискорено.

РДА трапляється в 15–20 випадках на 10 тис. новонароджених, у хлопчиків у 4–4,5 разів частіше ніж у дівчаток. Аутизм спостерігається в усіх соціальних класах та етнічних групах (Н.М. Назарова, 2003).

Інтенсивні дослідження, які проводилися в багатьох країнах, показали високу частоту цього захворювання. За даними зарубіжних авторів, його частота серед розумово відсталих хлопчиків становить 1,9–5,9%. У середньому в загальній популяції частота цього захворювання дорівнює 1:1350 серед хлопчиків і 1:2033 серед дівчаток, або 1:1634 серед дітей обох статей (Є.М. Мастюкова, 1992).

Причини аутизму до кінця не з'ясовані. Загальновизнаною є особлива роль *генетичних факторів* в етіології РДА.

Механізм успадкування не з'ясований, але відомо, що розвиток РДА залежить не від одного гена, а від їх групи. Це означає, що генний комплекс є наслідком передачі не самої патології, а є передумовою її розвитку та реалізується лише за наявності фактору, що провокує, який може бути як екзогенним (травма, інфекція, інтоксикація), так і ендогенним (віковий криз, конституційні особливості).

Органічне ураження ЦНС розглядається у зв'язку з етіологією аутизму близько 50 років. У більшості дітей з РДА виявляються

ознаки органічного ураження. *Психогенний фактор* розглядається в США та Західній Європі.

Аутизм може виникати з різних причин: унаслідок раннього ушкодження головного мозку в поєднанні зі своєрідними особливостями психіки, які обумовлені спадковістю, а також у результаті емоційної депривації в ранньому дитинстві. Але в усіх випадках має місце спадкова схильність до подібної своєрідності психічного розвитку.

Аутистичні риси поведінки можна побачити в багатьох дітей з відхиленнями в розвитку: при деяких формах розумової відсталості, які обумовлені спадковістю, наприклад, при фенілкетонурії, при ДЦП, у дітей з дефектами зору – сліпих та слабозорих, а також при деяких інших нервово-психічних захворюваннях. Близько 1/3 дітей з аутизмом мають різні неврологічні відхилення.

У більшості випадків *ризик народження другої хворої дитини незначний*, особливо якщо в родоводі за обома лініями виключається діагноз шизофренії. Проте відомі випадки, коли в родині народжувалось двоє дітей з аутизмом, описані випадки аутизму в однойцевих близнят.

Останніми роками в деяких дітей з аутизмом описані своєрідні *зміни Х-хромосоми* – перетягування на одній з її ділянок. Це порушення одержало назву синдрому ломкої або фрагільної Х-хромосоми (Є.М. Мастюкова, А.Г. Московкина, 2004). Тому в усіх випадках аутизму рекомендоване цитогенетичне дослідження.

Раннє виявлення дітей з ломкою Х-хромосомою має важливе значення для своєчасної психолого-педагогічної корекційної роботи та лікування. Тому фахівцям та батькам важливо знати ранні ознаки цього захворювання.

Його характерними ознаками є нормальні або такі, що перевищують норму, вага та довжина при народженні в поєднанні з деяким збільшенням окружності голови; у більшості випадків це блондини зі світлими очима.

Рання діагностика РДА має важливе значення для своєчасного проведення лікувально-корекційних заходів та медико-генетичного консультування сім'ї, що дозволяє попередити подальше народження дітей з даним захворюванням. Проте відсутність виражених вроджених вад розвитку при цьому синдромі утруднює його ранню діагностику. Тому для діагностики захворювання велике значення має раннє виявлення специфічних відхилень у фізичному, психомоторному та мовленнєвому розвитку.

Для ефективнішої допомоги хворим на аутизм необхідне встановлення діагнозу вже на першому році життя, коли можна помітити явну відсутність зорового контакту, нетерпимість будь-яких змін у своєму оточенні, відсутність емоційного контакту з матір'ю та іншими дорослими, страхи. Основну роль у адаптації дітей з аутизмом до їх оточення виконують психолого-педагогічні заходи, які проводяться індивідуально та з невеликими групами дітей при правильно підбраному медикаментозному лікуванні. Дітей з аутизмом спеціально навчають поступового входження в суспільство з метою підготовки їх до дорослого життя.

Дітям з аутизмом необхідні тривала допомога, цілеспрямовані зусилля сім'ї, учителів, вихователів, лікарів, психологів. Вони потребують стійкої структури оточення, розуміння, терпіння, допомоги з боку рідних, друзів, сусідів та суспільства.

8.2. Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей з РДА

Однією з перших ознак аутизму є відсутність зорового контакту, „поштовхообразний” погляд, переважання периферійного зору над центральним при збереженні зорової функції. Існують також особливості і слухового сприйняття: малюк не реагує на мовленнєве спілкування з ним, хоча його слух є нормальним.

Крім того, на першому році життя звертають на себе увагу порушення життєво важливих функцій за відсутності явних соматичних та неврологічних розладів. Так уже з перших місяців життя може виникнути проблема з годуванням за рахунок недостатньої координації смоктальних і ковтальних рухів, дуже рано дитина починає відмовлятися від груді, надалі вона погано жує, довго тримає їжу в роті, украй вибірково ставиться до їжі, відмовляється від усіх нових видів їжі; у неї також виражені порушення сну, важко формуються навички охайності. Але якнайбільше у неї порушений емоційно-особистісний розвиток. Важливим критерієм ранньої діагностики аутизму є порушення довербальної комунікативної поведінки.

Основними ознаками синдрому РДА є триада симптомів:

1. Аутизм із аутичними хвилюваннями.
2. Стереотипна, одноманітна поведінка з елементами одержимості.
3. Своєрідні порушення мовленнєвого розвитку.

Аутизм яскраво проявляється у віці 3–5 років. Характерні прояви є такими:

- аутична дитина не фіксує погляд, особливо на обличчі іншої людини, уникає прямого контакту „очі в очі”;
- перша посмішка проявляється вчасно, але не адресується конкретно; не провокується сміхом, радістю;
- до оточуючих ставиться індиферентно: на руки не проситься, дитині краще знаходитися в люльці, на руках не пристосовується, не вибирає зручної пози, залишається напруженою;
- аутична дитина впізнає близьких, але емоційної реакції не проявляє;
- до ласки ставиться незвично: іноді байдуже витримує або з неприязню;
- ставлення до дискомфорту парадоксальне: або не подобається, або байдуже;
- потреба в контактах з іншими людьми парадоксальна: дитина не відчуває такої потреби або швидко втомлюється, намагається уникнути контакту.

Для поведінки аутичної дитини характерний феномен тотожності: намагання зберегти постійні звички як протидію будь-яким змінам середовища. Усі реакції зовні проявляються у страхах, агресії, гіперактивності, розладах уваги, зосередженні, виявляє себе у стійких стереотипах.

Стереотипність виявляється у грі: одноманітне, бездумне повторення одних і тих самих дій (дитина крутить пляшку, переливає воду, грає із сипучими матеріалами). Іграшками не користується.

Нерівномірність розвитку виявляється в особливостях моторики: рухи в дітей грубі. Нерідко окремі складні рухи вони виконують успішніше, ніж легші, також інколи дрібна моторика розвивається раніше, ніж загальна.

Дуже рано проявляються страхи, які можуть бути дифузними, неконкретними, дитина боїться певних предметів та явищ, перелік яких нескінчений: парасольки, м'які іграшки, собаки, машини. У одних випадках причини страху – підвищена чутливість до звукових, світлових сенсорних дій, у інших – об'єкт страху є джерелом небезпеки.

При первинному, короткочасному й недостатньо кваліфікованому знайомстві дитина з РДА легко може бути оцінена як глибоко розумово відстала, що не розмовляє, або як та, що має

грубі специфічні мовленнєві порушення, або як нечуюча і тому як та, що не реагує на мовлення дорослого. Проте при уважнішому вивченні вона проявляє властиві саме їй своєрідності.

Розумові здібності дітей, які страждають на аутизм, можуть бути різними. У одних випадках інтелект збережений, але розвинений негармонійно, в інших – має місце розумова відсталість, і, нарешті, серед таких дітей є й обдаровані. Проте у всіх випадках має місце своєрідна нерівномірність їх психомоторного розвитку.

Для дітей з аутизмом характерна *одноманітна, нібито нецілеспрямована рухова активність*, яка виявляється в стрибках, своєрідних рухах пальців рук біля зовнішніх кутів очей. Рухове занепокоєння може чергуватися з періодами загальмованості, застивання в одній позі.

Розвиток мовлення також відрізняється великою варіативністю: деякі діти за темпом та термінами розвитку мовлення випереджають здорових однолітків, інші відстають у мовленнєвому розвитку. Проте у всіх випадках спостерігається своєрідність мовлення дітей з аутизмом. Перш за все це порушення модуляції голосу: або вона дуже бідна, або гротескова, не адекватна значенню. Часто дитина особливо голосно й виразно вимовляє окремі звуки або склади. При аутизмі дуже своєрідний *тембр голосу*: високий, з наростанням його висоти до кінця фрази.

Мовлення дітей з аутизмом часто містить набір штапованих фраз, іноді спостерігається прагнення до повторення малозрозумілих слів, які були почуті ними від оточуючих та по радіо. Особливістю мовлення дітей з аутизмом є мовлення про себе в іншій та третій особі.

Мовлення аутичної дитини не спрямоване на спілкування з оточуючими, а є своєрідним мовленням для себе. Дитина одержує задоволення не від спілкування, яке виникає за допомогою мовлення, а від маніпулювання самими словами, звуками та фразами. У деяких випадках мовлення у дитини відсутнє повністю.

Для багатьох дітей з аутизмом характерна любов до музики, вони можуть годинами слухати улюблені ними мелодії.

Вони відрізняються *підвищеною чутливістю до свого оточення*, важко переносять зміну звичної для них обстановки, часто відчувають страх при зустрічі з незнайомими предметами, іноді бояться найзвичайніших предметів ужитку, наприклад світла електричної лампи, звуку пилососа, деякі з них бояться ліфта, поїздки в метро і т.ін.

Нині зарубіжні автори розрізняють кілька соціальних підгруп осіб, які страждають на аутизм (Є.М. Мастюкова, А.Г. Московкина, 2004). Вони також зазначають, що соціальні характеристики цих осіб можуть змінюватися. Дані про розвиток соціальної взаємодії в дітей при аутизмі відображені в табл. 2.

Таблиця 2. Розвиток взаємодії при аутизмі в дітей від 6 до 60 місяців

Вік, місяць	Соціальна взаємодія
6	Менш активна та вимоглива, ніж дитина, яка нормально розвивається. Слабкий зоровий контакт. Немає соціальних проявів у відповідь
8	Дитину важко заспокоїти, якщо вона засмучена. Близько 1/3 дітей люблять увагу, але мало виражають зацікавленості до інших
12	Контактність звичайно зменшується, як тільки дитина починає ходити, повзати
24	Немає стресу при розлуці з матір'ю. Звичайно, відрізняє батьків від інших, але великої прихильності не виражає. Може обійняти, поцілувати, але робить це автоматично, якщо хтось попросить. Не розрізняє дорослих, крім батьків. Може відчувати сильний страх
36	Вважає за краще бути наодинці. Не допускає до себе інших дорослих. Надмірно збудлива
48	Не здатна зрозуміти правила гри
60	Більше цікавиться дорослими, ніж однолітками. Часто стає більш товариською, але взаємодії залишаються дивними та односторонніми

У тому випадку, коли прояви аутизму виражені негрубо й немає можливості навчати дитину в умовах спеціальної групи, можна скористатися такими рекомендаціями психологів Центру допомоги аутичним дітям (А.О. Дробинська, 1999):

1. Навчання аутичної дитини повинно починатися з оволодіння навичками самообслуговування, побутовими навичками, з організації поведінки, розуміння інструкцій.

2. Важливим чинником є встановлення емоційного контакту з аутичною дитиною, це обов'язкова умова всього подальшого навчання.

3. Необхідно знайти мотивацію до того виду діяльності, яка пропонується дитині, зацікавити її результатами цієї діяльності.

4. Початкові етапи навчання будь-яких навичок та умінь повинні відбуватися в емоційно комфортній обстановці, в умовах позитивних, приємних для дитини мотиваційних дій, а діяльність, яку їй пропонують, необхідно насичувати доступним їй значенням та уникати формального механічного навчання.

5. Укرای важливою є організація процесу навчання: потрібно визначити оптимальний час дня для занять (якщо дитина, наприклад, звичайно збуджена в другій половині дня, заняття на цей час призначати не слід, або, якщо дитина в ранковий час дуже млява, капризна, довго включається в роботу, краще починати заняття пізніше); необхідно проводити навчання у визначеному та постійному місці, де не повинно бути ніяких зайвих предметів, крім необхідних для занять, де немає моментів, які відволікають (включений телевізор або радіо, домашні тварини і т.ін.), – усе це заважає зосередитися; тривалість занять повинна бути така, щоб у жодному випадку не виникло перенасичення і тим більше виснаження.

6. Спочатку потрібно добитися того, щоб дитина зрозуміла, чого від неї хочуть, пізніше – щоб вона була включена у спільну діяльність, а надалі виконувала необхідне завдання самостійно.

7. Необхідно пам'ятати про нерівномірний розвиток інтелекту аутичних дітей, тому програму з навчання слід будувати з опорою на ті види діяльності, у яких дитина є успішною.

8. У роботі з аутичними дітьми не завжди потрібно дотримуватися принципу „від простого до складного”: іноді для дитини емоційно значуща така діяльність, яка здавалося б вища за рівень її розвитку, її слід не відкидати, а використовувати з метою мотивації.

9. Правильне виконання завдання, навіть найпростішого, незначні успіхи повинні заохочуватися; конкретна форма нагород і заохочень може бути найрізноманітнішою, залежно від віку, рівня інтелектуального та емоційного розвитку, схильностей, потрібно прагнути внести у заохочення емоційне забарвлення.

10. У процесі занять необхідно чергувати види діяльності з метою профілактики стомлення; заняття за столом обов'язково потрібно переривати нетривалими фізкультурними паузами (крім спеціальних фізкультурних занять).

11. Навчання аутичних дітей проводиться за індивідуальними програмами, які складаються з урахуванням вираженості порушень,

віку, інтелектуального та мовленнєвого розвитку; програми постійно корегуються; форма навчання може бути як індивідуальною, так і груповою.

12. Підготовка до школи та шкільне навчання повинні обов'язково поєднуватися із психологічною та, за необхідністю, медичною корекцією.

Найважче більшість дітей з проявами аутизму навчається ручним видам праці, письму та малюванню, тому підготовку до цих видів діяльності бажано починати із цілеспрямованого розвитку загальної та тонкої моторики задовго до шкільного навчання. Узагалі ж бажано при підготовці такої дитини до шкільного навчання дати їй певний запас знань і умінь з деяким випередженням шкільних вимог, це дозволить їй, так би мовити, „заощадити” психічну енергію для адаптації до школи, до взаємодії з учителем, іншими дітьми.

При ранній та систематичній корекційно-спрямованій педагогічній дії у більшості дітей з РДА мають місце істотні позитивні зрушення. При вихованні дітей з аутизмом батьки повинні бути психотерапевтами, які діють спільно з педагогом, психологом та лікарем.

Діти із синдромом РДА здатні оволодівати програмним матеріалом загальноосвітньої школи та адаптуються в суспільстві, яке оточує. Якщо ж вони позбавлені своєчасної педагогічної допомоги, то поповнюють контингент спеціальних закладів Міністерства соціальної політики України, яке займається соціальним захистом населення, або живуть під постійною опікою родини.

8.3. Загальна характеристика дітей з порушеннями поведінки

Наявні відхилення в розвитку дітей, шкільна неуспішність, негативні зміни в поведінці можуть бути пов'язані з важкими психічними переживаннями дитини. Звичайно, далеко не кожне з них призводить до порушення нормального розвитку. Тут багато залежить від вагомості та гостроти тієї ситуації, яка може спричинити вплив, що травмує психіку дитини, від тривалості такого впливу, загального стану здоров'я дитини, її віку, індивідуальних особливостей.

Якщо ж ті або інші несприятливі ситуації, які дитина важко переживає, викликають у неї тимчасові нервово-психічні розлади, не пов'язані з органічними або функціональними порушеннями центральної нервової системи, то такі розлади визначаються як *реактивні стани* (В.М. Синьов, Г.М. Коберник, 1994).

Ці стани виникають як невротичні реакції на надмірні для психіки подразники та виявляються по-різному: у вигляді загальної депресії – пригніченого стану, при якому все уявляється в похмурих кольорах; у психомоторному збудженні, коли дитина стає розгальмованою, метушливою, робить безцільні рухи, здійснює невмотивовані вчинки; у розладах свідомості за типом сутінкових станів, що проявляється у раптовому, несподіваному більш чи менш тривалому запамороченні свідомості та призводить до порушення орієнтування в навколишньому середовищі, здійсненні дій та вчинків, яких дитина не усвідомлює й згодом не може про них згадати. З реактивними станами пов'язане також виникнення заїкання.

Реактивні стани можуть бути спричинені різними обставинами. До причин, що травмують психіку дитини, належать енурез (неутримання сечі), який виникає у фізично ослаблених та нервових дітей внаслідок тривоги, переляку, тривалої психічної напруженості або соматичного захворювання, яке виснажує організм.

Інші дефекти – фізичні (косоокість, кульгавість, горбатість та ін.) або нервові (заїкання) – можуть у край негативно відбитися на характері та поведінці дитини.

Порушення психічного розвитку в дітей можуть бути пов'язані також із внутрішніми важкими *конфліктними переживаннями*, коли у свідомості дитини виникає й гостро відчувається суперечливе ставлення до близьких людей або до ситуацій, що мають для неї велике особисте значення.

Виникнення важких конфліктних переживань у дітей найчастіше пов'язане з несприятливою атмосферою в сім'ї (гострі та постійні конфлікти між батьками, розпад сім'ї, поява мачухи чи вітчима). Нерідко причиною таких переживань є зловживання батьків алкоголем та пов'язане з цим у край несприятливе для виховання суперечливе ставлення до дитини.

Корекційна робота, спрямована на виведення дитини з конфліктної ситуації та подолання вад її поведінки та характеру, що були зумовлені нею, передбачає глибоке вивчення справжніх причин відхилень у поведінці, встановлення з дитиною тісного емоційного контакту, усунення чи максимальне послаблення дії факторів, що травмують психіку, залучення дитини до дитячого колективу, цікавої діяльності, яка сприяла б розширенню та збагаченню її інтересів.

Серед типів порушень поведінки, які мають місце в підлітків-олігофренів, найбільш вагомими є психопатоподібні розлади, які перешкоджають успішній соціальній адаптації, а нерідко

зумовлюють формування асоціальної поведінки аж до правопорушень і злочинів.

Психопатією називають патологію психічної діяльності, що характеризується, передусім, дисгармонією в емоційно-вольовій сфері та в сфері почуттів (В.М. Синьов, Г.М. Коберник, 1994). Розрізняють:

➤ *органічну психопатію* – в її основі лежить органічне ураження підкіркових мозкових систем, недорозвиненість особистості, порушення емоційно-вольової сфери, які проявляються у вадах характеру та поведінці;

➤ *конституційну психопатію*, зумовлену патологічною спадковістю. Можуть проявлятися риси епілептоїдної психопатії – тривала підвищена роздратованість, шизоїдна психопатія – знижена потреба у спілкуванні, уникнення контактів з оточуючими.

Підлітковий вік, особливо в період статевого дозрівання з його складною перебудовою всього організму, є найбільш уразливим як у біологічному, так і в соціальному плані для різних несприятливих дій.

Значна роль у порушеннях поведінки підлітків-олігофренів належить психотравмуючим чинникам, зокрема переживанням, пов'язаним з незуспішним навчанням у масовій школі, зневажливим ставленням однолітків і дорослих, образливим прізвиськом і т.ін.

Клініко-психологічна структура цих порушень поведінки має два психопатологічні варіанти (К.С. Лебединська, 1976):

- 1) психічна декомпенсація невротичного типу;
- 2) психічна декомпенсація психопатоподібного типу з:
 - а) переважанням емоційно-вольової нестійкості;
 - б) переважанням афективної збудливості;
 - в) переважанням патології захоплень.

Психічна декомпенсація невротичного типу пов'язана переважно із хворобливим переживанням відчуття своєї інтелектуальної неповноцінності. У підлітків має місце важка психічна вразливість, невіра у свої можливості, страх перед майбутнім, перебільшене переживання невдач. Значно знижується продуктивність навчальної діяльності. Відчуття неповноцінності зумовлює виникнення в певної частини підлітків аутистичних схильностей.

Разом з цим у підлітків педагоги зазначають і низку позитивних особистісних властивостей: доброзичливість, прихильність до батьків, учителів. Вони охоче виконують доступну для них роботу вдома, в інтернаті.

Психічна декомпенсація психопатоподібного типу виявляється в різних варіантах: емоційно-вольовій нестійкості, афективній збудливості та руховій розгальмованості, патології захоплень.

Крім порушень шкільної дисципліни (невсидливості, дратівливості, схильності до невмотивованих конфліктів з учителями та товаришами по навчанню, агресії, систематичних прогулів), у цих підлітків спостерігається асоціальна поведінка (рання алкоголізація, крадіжки, схильність до нарко- і токсикоманії, сексуальні ексцеси). Для них характерна абсолютна відсутність інтересу до шкільних занять. Як правило, це саме та частина підлітків, яка перебуває на обліку в комісії у справах неповнолітніх.

Основний рушійний мотив поведінки цих підлітків – задоволення. Від завдань, які потребують навіть незначних зусиль, вони відмовляються. На уроках балакучі, розгальмовані. У будь-якому виді діяльності імпульсні, нетерплячі. Через підвищену навіюваність часто стають учасниками конфліктів або знаряддям здійснення правопорушень чи злочинів (деякі усвідомлюють це самі). Незрілі форми самоствердження виявляються в хвастошах, примітивних вигадках.

Переважання афектної збудливості та рухового розгальмування виявляється в більшості з цих підлітків у надзвичайній дратівливості, схильності до агресивних розрядів. З незначного приводу вони можуть кинути у вчителя книгу або зошит, розірвати підручник, почати бійку, нецензурно сваритися.

Підлітки цієї групи можуть відчувати невмотивовані коливання настрою у вигляді дисфорії зі злісністю, похмурістю, підозрілістю.

Патологія захоплень у розумово відсталих підлітків, на відміну від розглянутих вище видів поведінки, які відхиляються від норми, має незборимий характер, що визначає весь спосіб їхнього життя і нерідко перешкоджає самому перебуванню в школі (інтернаті). У дівчаток цієї категорії основне місце займає підвищена сексуальність. Деякі з них самі розцінюють цю пристрасть як шкідливу, хворобливу, вважають себе „нешасними”. Проте підпорядковують їй увесь спосіб життя. Багато хто пристає до антисоціальних компаній, швидко засвоюючи вдачі та звичаї цього середовища.

У порушеннях поведінки цієї категорії підлітків відображається і їхня інтелектуальна недостатність: під час втеч, довіряючи будь-яким обіцянкам, вони виїжджають в інші міста з першими

зустрічними; украдене продають за безцінь або обмінюють на солодощі; не враховуючи ситуації, швидко попадаються на крадіжках.

У хлопчиків разом із сексуальністю на першому місці виступає схильність до бродяжництва, крадіжок, алкоголізму. Утечі набувають незборимого й безцільного характеру, нерідко виникають у період дисфорії. Крадіжка також характеризується наявністю елемента незборимості – підліток може вчинити дрібну крадіжку, не враховуючи ситуації, буквально на очах у оточуючих. У схильності до алкоголізму також присутній елемент незборимості – часта й значна потреба у вині, швидке звикання. У антисоціальних групах вживання алкоголю може поєднуватися з уживанням наркотиків. Відсутність можливості в даний момент задовольнити потяг за допомогою алкоголю та наркотиків штовхає цих підлітків на вживання медикаментозних або хімічних речовин, які їх замінюють, що призводить до токсикоманії. Природно, що поєднання алкоголізму, наркоманії і токсикоманії з інтелектуальною неповноцінністю цих підлітків приводить їх до групи ризику у соціальному плані, а нерідко й до злочинів, особливо в тих випадках, коли патологічне захоплення набуває характеру агресивності, жорстокості, садизму.

У спеціальних навчальних закладах ці підлітки потребують підвищеної уваги з боку педагогів і вихователів, а в періоди загострення – у госпіталізації до психоневрологічних стаціонарів або дитячих відділень при психоневрологічних лікарнях.

Корекційна робота з підлітками, яким властиві розглянуті вище форми поведінки, базується на збережених якостях особистості дитини – нормальному інтелекті, наявності тих чи інших здібностей, для виявлення яких треба створювати дитині спеціальні умови, прагнення до самоствердження. У такий спосіб можна дати певний позитивний вихід егоцентричним установам таких дітей і на цій основі коригувати їхню поведінку та характер.

8.4. Основні синдроми відхилення в дітей і підлітків

Категорія дітей, які перебувають у зонах підвищеного ризику і потенційно схильні до дезадаптації, девіантної та адиктивної поведінки внаслідок межевих психоневрологічних характеристик особистісного розвитку досить різноманітна і потребує ефективної організації індивідуальної розвивально-корекційної роботи відповідно до поставленого педагогічного та психологічного діагнозу та

виконання стандартизованих рекомендацій, визначених відповідно до діагностованих особливостей функціонування розумової та емоційно-вольової сфери суб'єктів корекційної роботи.

Серед основних синдромів відхилення у дітей та підлітків виділяють такі розлади:

1. Від народження до 3 років характерним є **невротичний синдром**. Він виявляється в загальній і вегетативній збудливості, схильності до розладу травного каналу, сну, виснаженні, боязкості і страхах перед людьми, методах і прийомах комунікації. У дошкільному віці невроти́чний синдром помітно слабшає, за системної психолого-педагогічної та медикаментозної корекції зникає повністю, за епізодичного медичного лікування, як це відбувається на практиці, зберігається до пубертатного віку. Більш помітними при цьому стають *психічні порушення*: підвищена афективна збудливість у поєднанні зі швидкою виснажливостю нервових процесів, генералізація страхів, подразливість, рухова розгальмованість. Часто виникають *невротичні й неврозоподібні розлади* (енурез, тремор, заїкання, нічні жахи, афект-респіраторні, а також патологічні звички: смоктання пальців, висмикування волосся, обгризування нігтів).

2. Синдром раннього дитячого аутизму, який був розглянутий нами вище. Брак чи відсутність потреби у спілкуванні, емоційна ригідність (холодність, байдужість до рідних), страх перед незвичним чи перед будь-якими змінами в навколишньому середовищі, одноманітна поведінка зі схильністю до стереотипних рухів, розлади мовлення, відсутність інтересу до спільних розваг. За достатнього інтелекту – синдром Аспергера (у хлопчиків), за низького – синдром Канера.

3. Гіпердинамічний синдром – непосидючість, зайві рухи, імпульсивні вчинки, агресивність, негативізм, подразливість, схильність до частої зміни настрою, порушення шкільної адаптації, утруднене засвоєння письма, порушення просторового гнозису. Носії синдрому бігають, скачуть, ставлять запитання і не вислуховують відповідей, часто вступають в конфлікти з однолітками. Виникає при пологових травмах, асфіксії. У 14–15 років за відсутності комплексної психолого-педагогічної та медикаментозної корекції переростає в психоорганічний синдром, поєднуючись з порушенням інтелекту, церебрастенічними, психопатоподібними розладами, часто стає складовим компонентом олігофренії.

4. Синдром страхів. Виникає внаслідок зовнішнього впливу. Страху мають схильність до генералізації, порушення загального стану (сну, апетиту, фізичного самопочуття), можуть стати нав'язливими (фобії), надцінного змісту, недиференційованими (беззмістовними), маячними, нічними.

5. Синдром патологічного фантазування. Виявляється в надзвичайно стійких, часто відірваних від реальності фантазіях, примарливих щодо змісту. Порушується поведінка, настає дезадаптація. Відсутнє критичне ставлення до власних фантазій самої дитини.

6. Гебоїдний синдром. Властивий дітям переважно в пубертатному віці. Виявляється в розгальмованості, спотворенні примітивних потягів, особливо сексуального, підміні понять добра і зла, дозволеного та недозволеного, схильності до асоціальних дій, у підвищеній афективній збудливості, егоцентризмі, ворожості до рідних, намаганні діяти їм на зло, втраті інтересу до будь-якої продуктивної діяльності і, насамперед, до навчання. Підлітки стають цинічними, залюбки говорять на теми сексу, намагаються вступати в ранні сексуальні контакти, часто вживають нецензурні вислови, схильні до вживання алкоголю, наркотичних речовин, до крадіжок (клептоманії), мають неконтрольований потяг до мандрів, без певної мети виїжджають в інші населені пункти (дромоманія).

7. Синдром дисморфобії. Це віртуальна ідея своєї фізичної вади (невисокий зріст, вузькі плечі, вугрі на обличчі, некрасива форма носа, ніг, малі чи завеликі груди у дівчаток). Через невідступність думок про свої уявні вади, підліток виходить на вулицю темної пори доби, змінює одяг, зачіску, провокує зустрічних до контактів (сексуальних) з метою самоствердження.

8. Психози. Шизофренія (розщеплення, роздвоєння), аутизм, втрата психічної активності, емоційної адекватності, відсутність страхів перед реальною небезпекою, незрозуміла тривога з приводу власних фантазій, стійка підозрливість.

9. Психоорганічний синдром. Належить до синдромів зниження психічних процесів і властивостей особистості (розлади пам'яті, інтелекту). Його перебіг повільний, пов'язаний з гіпертонією, склерозом судин мозку. Основними виявами є зниження уваги, інтелекту, неспроможність займатися творчою діяльністю, ригідність емоцій, за розумового напруження – відсутність кмітливості, емоційна нестриманість, злість. Астенічний психоорганічний синдром

зумовлює кваліть, бездіяльність, швидке виснаження нервових процесів, відчуття постійної втоми.

10. Астенічний синдром. Ним закінчується будь-яке соматичне захворювання. Виявляється у: фізичній стомлюваності від найменших зусиль, психічному виснаженні (втома від розмови, читання, перегляду телепередач), подразнювальній слабкості (дратівливість, злостивість), астенічному ментизмі (виникнення яскравих уявлень про минуле чи майбутнє), що заважає зосередитись на конкретній продуктивній діяльності, афективній лабільності (нетривалість емоцій), гіперстезії (підвищена чутливість до звукових, слухових, світлових, зорових подразників), симптомі Пирогова (залежність стану від зміни погоди).

Серед можливих психологічних діагнозів розвитку дитячого організму також виділяють:

➤ **хронічну неуспішність** – інтелектуальна неспроможність обтяжується високим рівнем тривожності, яка дезорганізовує навчальну діяльність, конформність, несформованість пізнавальних мотивів, загальною невпевненістю в собі;

➤ **інфантилізм** – порушення темпів дозрівання переважно емоційно-вольової сфери, що робить дитину 1–2-го класів неспроможною самостійно виконувати навчальні справи. Зациклювання дитини на ігровій діяльності, яка має малопродуктивний характер для розвитку інтелекту;

➤ **уникнення діяльності** – специфічне зациклення дитини на грі з переведенням її у віртуальну сферу в поєднанні з м'якою демонстративністю, помірною тривожністю, яка не досягає рівня дезорганізації діяльності, „невинною” і корисливою брехливістю;

➤ **несформованість засобів спілкування** – рання соціально-культурна депривація або відсутність умов для реалізації потреби в спілкуванні, дитяча аутизація як зниження потреби в спілкуванні, пасивність, труднощі сімейного спілкування, де діти небажані, тривалий час нехтувані батьками;

➤ **шизоїдність** – своєрідність внутрішнього світосприйняття. Виявляється в дивно-оригінальних асоціаціях, в піктограмі, нестандартній класифікації, відхиленнях від загальноприйнятих норм зображення людей, аутизації або, навпаки, у досить широкому, але поверховому спілкуванні за зниженої емоційності, низької спроможності засвоєння конвенційних форм поведінки та мислення);

➤ **агресивність** – посилюється в критичні періоди: 6--7 років – адаптацією до школярства, 11 років – початком статевого дозрівання,

13–15 років – вік підліткового самоствердження. Це дії індивіда за своє місце в соціумі (негативізм, упертість, розширення власних прав). Агресивність виявляється внаслідок несформованості засобів спілкування, комунікативності, агресією як захисною реакцією, аутоагресією (самоїдством), патологічною агресією (спрямованість на руйнування, протиставлення себе іншим);

➤ **уповільнений темп діяльності** – запізде впрацьовування, швидкий перебіг нервових процесів, переважання гальмування над збудженням, часті відволікання;

➤ **рухова розгальмованість** – некерованість, низька цілеспрямованість поведінкових виявів (F.90.1. Гіперкінетичний розлад поведінки.) Клінічний вияв – у шкільній та мікросоціальній дезадаптації в дитячому віці і соціальна дезадаптація – у підлітковому. Пов’язується з порушенням безумовних рефлексів у новонародженої дитини і порушенням рухового розвитку протягом першого року життя;

➤ **розлади уваги** – за класифікацією МКХ-10 – синдром з гіперактивністю дефіциту уваги (СДУГ). Зниження функції уваги як наслідок мінімальних мозкових дизфункцій, невротичних розладів, тиків, які зумовлюють часті, тривалі відволікання, несформованість організації діяльності. Не володіє прийомами діяльності, не вміє працювати. Правило знає, але порушує його через неухважність, викликану частими і стійкими відволіканнями або обумовлену також мотиваційними причинами. Така сукупність дає картину синдрому уникнення діяльності, коли дитина занурюється в себе і стає неухважною, нудьгує на уроці але гострота уваги виявляється при зустрічі з чимось, що дитину цікавить (табл. 3).

План педагогічної корекції дітей з діагнозом СДУГ передбачає:

- підтримку вдома чіткого розпорядку дня;
- уникнення двох крайнощів: виявів надмірного жалю та вседозволеності; постановки завдань, які дитина не спроможна виконати;
- спілкування з дитиною у стриманій, спокійній, м’якій формі;
- використання зорової стимуляції для підкріплення усних інструкцій;
- постійна вимога повторити, як дитина почула та зрозуміла звернення до неї;
- на певний проміжок часу треба визначати дитині лише одне завдання, щоб вона могла його повністю і якісно виконати;

Таблиця 3. Диференційований діагноз СДУГ (синдром дефіциту уваги з гіперактивністю)

Стани і захворювання	Диференційовані діагностичні ознаки	Додаткові консультації і дослідження
Індивідуальні особливості темпераменту	Розвиток уваги та інших когнітивних функцій відповідає віковій нормі	Аналіз анамнестичних даних, психологічне обстеження
Неврози і невротичні реакції	Особливості поведінки як наслідок дії психотравмуючих факторів	Аналіз анамнестичних даних, психологічне обстеження
Церебрастенічний синдром при соматичних захворюваннях	Висока психічна і фізична виснажливість, часті головні болі, симптоми вегетативної лабільності	Обстеження педіатром, лабораторні та інструментальні обстеження за показаннями
Побічні ефекти лікування деякими препаратами (антигістамінними засобами, теофіліном)	Основними є захворювання органів дихання, алергії (наприклад, бронхіальна астма)	Обстеження педіатром, лабораторні та інструментальні обстеження за показаннями
Резидуальні наслідки черепно-мозкової травми, нейроінфекції, інтоксикації	Когнітивні і поведінкові порушення внаслідок черепно-мозкової травми, нейроінфекції чи інтоксикації, відрізняються за клінікою і віковою динамікою від СДУГ, часті побічні неврологічні симптоми	Неврологічні обстеження, лабораторні інструментальні дослідження за показниками
Інші форми мінімальної мозкової дисфункції: дислексія, дисграфія, дискалькулія	Порушення уваги і гіперактивність є вторинними симптомами	Неврологічне і психологічне обстеження
Захворювання щитовидної залози	Водночас з порушенням уваги та гіперактивністю наявні симптоми дисфункції щитовидної залози. Захворювання щитовидної залози можуть бути у членів сім'ї	Обстеження ендокринологом, аналіз гормонального профілю

Значне зниження гостроти слуху	Особливості розвитку і поведінки чітко пов'язані з дефіцитом слуху	Аналіз амнестичних даних, отоневрологічне обстеження
Епілепсія	Гіпрерактивність і дефіцит уваги частіше трапляється за локально обумовлених форм епілепсії і можуть залежати від тривалого прийому барбітуратів	Аналіз амнестичних даних, неврологічне і нейрофізіологічне обстеження
Психічні розлади: патохарактерологічний розвиток, олігофренія, аутизм, шизофренія, мієлодиспластичний синдром	Враховуються основні ознаки психічних розладів і особливості розвитку дітей з цими порушеннями	Аналіз амнестичних даних, обстеження у психіатра
Синдром Туретта	Основною ознакою захворювання є тики (тремор), зокрема і вокальні	Аналіз амнестичних даних, родоводу, неврологічне обстеження
Спадкові синдроми: Вільямса, Сміта-Маженіса, Беквіта-Відеманна, фрагільної Х-хромосоми та інші	Характерна наявність розумової відсталості й типових фенотипних ознак	Аналіз амнестичних даних, генетичне обстеження, психоневрологічне обстеження

- уникнення людних місць і ситуацій, які потребують від дитини підвищеної активності (великі магазини, місця масового відпочинку та ін.). В іграх необхідно обмежувати дитину одним партнером;
- заохочення дитини за всі види діяльності, які потребують концентрації уваги та її розподілу в процесі ігрової чи навчальної діяльності (робота з кубиками, розфарбовування, малювання, вирізання, ліплення);
- формування в дитини адекватної самооцінки;
- дотримання в стосунках з дитиною „позитивної моделі контактної взаємодії”; моральне заохочення лише тоді, коли вона на це заслуговує. Це допоможе сформувати впевненість у її спроможності;

- створення умов, у яких дитина може використати свою надлишкову енергію;
- оберігання дитини від перевтоми, оскільки остання спричиняє зниження самоконтролю, посилення гіперактивності.

Усі ці педагогічні засоби мають відповідати віковому та емоційному стану дитини під час контактної взаємодії з нею й компенсувати відхилення чи „слабкі місця”, оскільки саме вони і є передумовою виникнення навчальних труднощів у дитини. У позакласній роботі та вдома доцільно додавати до дитячого дозвілля ігри, дитячу творчість та посильну працю, що містять корекційні вправи, які не стомлюють дітей і сприймаються ними як ігри.

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризуйте основні клінічні прояви синдрому РДА.
2. Якими є сучасні уявлення про основний дефект при РДА?
3. Дайте психолого-педагогічну характеристику дітей з РДА.
4. Обґрунтуйте необхідність створення спеціальних умов для навчання та виховання дітей з РДА.
5. Визначте особливості розвитку дітей із реактивними станами та конфліктними переживаннями? Назвіть причини.
6. Дайте визначення психопатії, назвіть її основні ознаки.
7. У чому полягають основні особливості психопатичних форм поведінки в дітей?
8. Охарактеризуйте особливості поведінки дітей при різних проявах психопатій та обґрунтуйте специфіку індивідуального корекційно-виховного підходу в окремих випадках.
9. Наведіть приклади ситуацій із шкільного життя дитини, які можуть травмувати її психіку.
10. Визначте напрями корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають порушення поведінки.

Література

1. Дробинская А. О. Школьные трудности „нестандартных детей” / А. О. Дробинская. – М. : Школа-Пресс, 1999. – 144 с.
2. Кузьмина В. К. Дети с расстройствами поведения / В. К. Кузьмина. – К. : Радянська школа, 1981. – 148 с.
3. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.
4. Максимова Н. Ю. Основы детской психопатологии / Н. Ю. Максимова, Е. Л. Милютин. – К., 1999. – 152 с.
5. Мастюкова Е. М. Ребёнок с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1992. – 95 с.
6. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина / под ред. В. И. Селиверстова. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
7. Основы спеціальної дидактики / за ред. доктора пед. наук, професора І. Г. Єременка – 2-е вид. – К. : Рад. школа, 1986 – 200 с.
8. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посібник для студ. пед. ін-тів / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 143 с.
9. Спеціальна педагогіка: понятійно-термінологічний словник / за ред. академіка В. І. Бондаря. – Луганськ: Альма-матер, 2003. – 436 с.
10. Специальная педагогика / под ред. Н. М. Назаровой. – М., 2003. – 352 с.

РОЗДІЛ ІХ. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В РОЗВИТКУ

9.1. Поняття про складні порушення в розвитку

До складних порушень дитячого розвитку відносять поєднання двох або більше психофізичних порушень (зору, слуху, мовлення, розумового розвитку та ін.) в однієї дитини. Наприклад, поєднання глухоти і слабозорості, поєднання розумової відсталості та сліпоти, поєднання порушення опорно-рухового апарату й порушень мовлення.

У сучасній спеціальній літературі в номінації складних порушень позначаються тільки первинні порушення, наприклад, сліпоглухота. Якщо в назву включаються вторинні відхилення в розвитку, як, наприклад, у слові „сліпоглухонімота”, де „німотою” позначена відсутність мовлення в дитини, яка є наслідком її глухоти та соціально обумовленим, тобто вторинним порушенням, то такий термін слід визнати неточним.

Як синоніми терміну „**складне порушення**” в літературі використовуються й інші терміни, йому рівнозначні: „складний дефект”, „складні аномалії розвитку”, „поєднані порушення”, „комбіновані порушення” й термін, що все більш затверджується останнім часом, „складна структура порушення”.

Залежно від структури порушення діти з поєднаними порушеннями поділяються на три групи.

До *першої групи* належать діти з двома вираженими психофізичними порушеннями, кожне з яких може викликати аномалію розвитку: сліпоглухі діти, розумово відсталі глухі, слабочуючі з первинною затримкою психічного розвитку.

До *другої групи* належать діти, що мають одне істотне психофізичне порушення (головне) й супутнє йому інше порушення, яке виражене в слабкому ступені, але помітно обтяжує хід розвитку: розумово відсталі діти з невеликим зниженням слуху. У таких випадках говорять про „ускладнений” дефект.

До *третьої групи* належать діти з так званими множинними порушеннями, коли є три або більше порушень, які виражені різною мірою та призводять до значних відхилень у розвитку дитини: розумово відсталі слабозорі глухі діти. До множинних дефектів, зокрема, можна віднести й поєднання в однієї дитини цілої низки

значних порушень, які мають негативний кумулятивний ефект. Наприклад, при поєднанні незначних порушень моторики, зору та слуху дитини може мати місце виражене недорозвинення мовлення.

Діти зі складними порушеннями розвитку – це рідкісна, статистично малозначуща категорія дітей з аномаліями. Тим часом, за даними досліджень і спостереженнями досвічених дефектологів-практиків, ці діти становлять у середньому близько 40% контингенту спеціальних освітніх установ (І.А. Соколянський, 1989).

Навчання та виховання дітей зі складними порушеннями є досить маловивченою та важкою проблемою корекційної педагогіки. До недавнього часу в нашій країні багатьом дітям взагалі неможливо було надати яку-небудь реальну педагогічну допомогу, оскільки вони вважалися такими, що не навчаються (наприклад, розумово відсталі діти з глибокими порушеннями зору та слуху). Проте за останнє десятиріччя становище в галузі корекційного навчання та виховання цієї категорії дітей істотно покращилось.

Зростання уваги до проблеми навчання дітей зі складними дефектами стало однією з тенденцій розвитку сучасної корекційної педагогіки. Разом з тим усі попередні дослідницькі роботи в плані побудови та розвитку реабілітаційної допомоги дітям стосувалися переважно окремих видів складного дефекту, тобто окремих його випадків. Отже, дана проблема вивчалася вкрай нерівномірно. Найбільший внесок був зроблений у розроблення психолого-педагогічної системи виховання сліпоглухих дітей.

До першочергових завдань входить проблема ранньої діагностики складного дефекту. Дуже пізня діагностика – типове явище в практиці корекційної роботи з такими дітьми. Унаслідок цього діти зі складними порушеннями в розвитку звичайно надто пізно потрапляють у сферу корекційного навчання. Нерідко така можливість виникає для них лише до початку шкільного віку, а то й пізніше.

Існує науково обґрунтована та експериментально перевірена технологія навчання сліпоглухих дітей. Категорія дітей зі складною структурою дефекту така багатоманітна, що програми виховання та навчання кожної групи таких дітей ще належить розробити. Нині більшість таких дітей навчається в спеціальних класах корекційних шкіл.

9.2. Класифікація дітей з комплексними (складними) порушеннями

Підвищену увагу до цієї категорії дітей з порушеннями психофізичного розвитку останніми роками можна пояснити подальшим розширенням диференційованого підходу до навчання та виховання дітей з обмеженими можливостями, а також тенденцією до кількісного збільшення цієї категорії.

До дітей зі складним дефектом належать діти, які мають аномалії розвитку сенсорних функцій (зору, слуху) у поєднанні з інтелектуальною недостатністю (розумова відсталість).

Сьогодні виділяють такі групи дітей зі складним дефектом:

- розумово відсталі глухі або слабочуючі;
- розумово відсталі слабозорі або сліпі;
- сліпоглухонімі;
- глухі слабозорі.

У дефектологічній практиці зустрічаються також діти з множинними дефектами – розумово відсталі сліпоглухі, діти з порушеннями опорно-рухового апарату в поєднанні з порушенням органів слуху або зору.

Складний дефект – це не просто сума двох (а іноді і більше) дефектів; він є якісно своєрідним та має свою структуру, яка відрізняється від аномалій, що складають складний дефект (В.О. Липа, 2002).

Нерідко у школах для слабозорих дітей, особливо в початкових класах, виявляються діти із затримкою психічного розвитку, яких часом можна віднести до слабозорих олігофренів, які також потребують комплексного вивчення, спеціальних методичних підходів у навчанні.

Процес навчання значно ускладнюється, коли справа стосується дитини зі складним дефектом. Тому найважливішим етапом навчання та виховання дітей зі складним дефектом є їх вивчення з метою диференціації від інших груп аномалій, визначення структури дефекту й на основі цього вироблення відповідних методик корекційно-виховної роботи.

Одними з перших були вивчені діти з порушенням інтелекту та слуху. Складність вивчення цієї групи дітей полягає в тому, що відсутність або зниження слуху (особливо в ранньому віці) повторно викликає зниження інтелекту за типом олігофренії.

Спеціально організовані дослідження та практика навчання й виховання розумово відсталих дітей (олігофренів) з порушеннями слуху показують, що в багатьох з них поєднання олігофренії з порушенням слуху обумовлене як спадковими, так і екзогенними чинниками. Методики, розроблені в результаті вивчення цих дітей, дозволили виділити диференціально-діагностичні критерії, завдяки яким стало можливим відрізнити слабочуючу дитину-олігофрена від слабчуючої з нормальним інтелектом і тим самим значно збагатити методи диференціальної діагностики.

Існує тенденція до зниження кількості дітей з важкими порушеннями зору (сліпих і тих, що частково бачать). Зате збільшився контингент слабозорих дітей. На їхньому фоні найвиразніше почала виділятися група дітей, яка не засвоює програму школи. Комплексне вивчення цих дітей показало наявність у них, крім дефекту зору, розумової відсталості за типом олігофренії.

Найважчі для виховання й навчання – діти з поєднанням розумової відсталості із сліпоглухонімотою. Тяжкі порушення функцій основних аналізаторів, які забезпечують зв'язок психіки людини з навколишнім світом, у поєднанні з інтелектуальним дефектом, різко знижуючи дію компенсаторних сил організму, створюють у край несприятливі умови розвитку. Проте при наполегливому, цілеспрямованому, науково обґрунтованому корекційно-педагогічному впливі на розвиток сліпоглухонімої розумово відсталої дитини навіть у разі глибоких порушень інтелекту можна досягти помітних успіхів у формуванні в неї елементарних уявлень про реальну дійсність, навичок самообслуговування, просторової орієнтації (В.М. Синьов, Г.М. Коберник, 1994).

До категорії дітей із складним дефектом належать й сліпоглухонімі діти. Природно, ця категорія дітей є найскладнішою. Це діти, які не тільки повністю позбавлені зору, слуху та мовлення, але і з частковим ураженням слуху та зору: сліпі з такою втратою слуху, яка перешкоджає засвоєнню мовлення на слух, і глухі з такою втратою зору, яка перешкоджає зоровому орієнтуванню.

У сліпоглухонімих дітей одночасно різко порушуються основні канали, які забезпечують зв'язок із зовнішнім світом. Втрата або глибоке порушення цих двох важливих функцій ізолює дитину від людей, що її оточують, та предметного середовища, не дає їй змоги оволодівати спонтанно (без спеціального навчання) соціальною культурою, а отже, ставить у такі умови, за яких поза спеціальним педагогічними впливами психіка дитини не розвивається.

Особливістю цих дітей є те, що через біологічний дефект вони практично повністю позбавлені можливості одержувати інформацію про оточення природними каналами і без спеціально організованого навчання не розвиваються інтелектуально. Разом з тим, потенційно сліпоглухонімі діти мають можливість повноцінного інтелектуального розвитку. При цьому в сліпоглухонімої дитини створюються й розвиваються всі форми спілкування, які ускладнені, – від елементарних жестів до словесного мовлення. Це дозволяє сліпоглухонімих дітям успішно опановувати програмою середньої школи, а деяким з них і закінчувати вищі навчальні заклади.

Сліпоглухонімота створює вкрай важкі передумови для психічного розвитку дитини. Однак, якщо вона не поєднується з розумовою відсталістю, сліпоглухонімі діти потенційно мають можливості для повноцінного інтелектуального й емоційного розвитку та за сприятливих умов виховання можуть стати соціально корисними людьми.

З одного боку, це зумовлене властивістю нервової системи замінювати втрачені функції одних аналізаторів функціями інших, збережених структур. Саме завдяки пластичності нервової системи при сліпоглухонімоті відсутність зору і слуху компенсується збереженою здатністю відчувати та сприймати навколишній світ за допомогою дотику, нюху, різних вібраційних та температурних відчуттів. Проте, з іншого боку, приведення в дію цих компенсаторних здібностей нервової системи при сліпоглухонімоті вирішальним чином визначається спеціальними педагогічними впливами. Тому в корекційній педагогіці висувається ідея універсальної провідної ролі навчання в психічному розвитку сліпоглухонімої дитини.

9.3. Психолого-педагогічні основи розвитку та навчання осіб зі складним дефектом

Загальною закономірністю розвитку дітей зі складними дефектами є особлива *обтяжливість умов раннього розвитку дитини*. Наявність не одного, а двох і більш первинних порушень надзвичайно обідняє контакт дитини із навколишнім світом, вона потрапляє в умови депривації – недостатність в умовах ізоляції (сенсорної, материнської, культурної). Це призводить до недорозвинення як окремих функцій (наочні дії, формування образів предметів, просторове орієнтування й моторика, емоційно-духовний

контакт із дорослими та спілкування), так і до затримки психічного розвитку. Положення посилюється тим, що матеріальне та соціальне середовище, як правило, залишаються мало пристосованими до особливостей пізнавальної діяльності такої дитини. Надалі, коли дитина потрапляє в умови корекційної освіти, яка активно стимулює її розвиток, виявляється, що її стартова позиція гірша, ніж у інших дітей з порушеним розвитком.

Таким чином, виявляється, що стосовно дитини зі складним дефектом розвитку подальша компенсація аномалії стає найактуальнішою не тільки через складність порушення, скільки через значне відставання в розвитку, яке пов'язане з утраченими можливостями оптимального часу початку процесу компенсації дефекту.

Дослідники, які займаються проблемою поєднаних порушень, одноставно зазначають той факт, що психічний розвиток при подвійному або потрійному дефекті не є сумою особливостей психічного розвитку при кожному порушенні, а *утворює нову, складну структуру порушень* і потребує особливого психолого-педагогічного підходу (А.І. Мещеряков, Т.В. Розанова та ін.).

Так, сліпоглухі діти у своєму розвитку істотно відрізняються від інших категорій дітей з порушеннями психофізичного розвитку (глухих, сліпих та ін.). Відсутність зору та слуху обумовлює значну ізоляцію дитини від зовнішнього світу, і тому її психіка не одержує належного розвитку. Така дитина нерідко сприймається оточуючими як глибоко розумово відстала: у неї різко обмежене пізнання навколишньої дійсності, порушені можливості спілкування з людьми та формування навичок і норм поведінки. Проте, на відміну від дійсно розумово відсталої дитини, сліпоглуха дитина володіє потенційними можливостями для розумового розвитку. Особливо ці можливості в дітей та підлітків із пізньою сліпоглухотою, які уникнули впливу сенсорної депривації в ранньому віці і зберегли мовлення.

Характерним наслідком складних порушень розвитку є *зменшення доступних каналів компенсації дефекту, різке зниження засобів компенсації*. Так, при сліпоті компенсація у сприйнятті дитиною навколишнього світу здійснюється значною мірою через слух і дотик, які мають бути збережені. При глухоті – через зір, кінестетичні, тактильно-вібраційні сприйняття, проте при поєднанні уражень зору і слуху, сліпоглухоті, шляхи компенсації через слух і зір виявляються перекритими й можуть бути використані лише в разі часткового збереження цих функцій.

Отже, якщо в складному бісенсорному дефекті має місце поєднання двох різних первинних порушень, то в засобах компенсації відбувається як би їх своєрідне віднімання: ні зір, ні слух не можуть бути використані. Альтернативним має бути якийсь третій шлях. Завдання педагога-дефектолога полягає в тому, щоб виявити шляхи розвитку орієнтовної діяльності дитини, знайти хай і дуже вузькі, але реальні шляхи компенсації складного дефекту. Так для сліпоглухої дитини основну роль в розвитку сприйняття виконують дотик і кінестетичні відчуття. Крім того, можливий значний компенсаторний розвиток нюху, який значною мірою замінює втрачені зір та слух.

Вирішальним чинником розвитку буде *включення дитини в процес культурного розвитку*, засвоєння нею в процесі навчання суспільно виробленого історичного досвіду суспільства. Виведення дитини із ситуації ізоляваності від навколишнього світу – матеріально-наочної та соціальної – найперше завдання в пошуках шляхів компенсації складного дефекту. У контексті культурного розвитку провідне місце займає *оволодіння дитиною мовленням*. У цьому значенні використання в компенсаторному процесі сенсорних каналів набуває до певної міри підпорядковане значення. Можливості розумового розвитку дітей зі складним сенсорним дефектом принципово не слід визнавати обмеженими. Урешті-решт вони залежать від рівня розвитку корекційної педагогіки як науково-практичної дисципліни.

Розвиток вищих психічних функцій дитини, як було показано Л.С. Виготським, є найважливішим резервом у формуванні інтелектуального розвитку. Розумова відсталість як можливий компонент складного дефекту надзвичайно знижує потенціал компенсаторного розвитку аномальної дитини.

Український песимістичний погляд фахівців минулого на навчання таких дітей, сьогодні подолано. Щодо дітей, які разом із сенсорними порушеннями страждають на олігофренію, нині затверджується нова прогресивна точка зору, яка спирається на гуманістичну традицію в корекційній педагогіці, і на нові позитивні експериментальні факти.

Потенційні можливості реабілітації дітей зі складною структурою дефекту далеко ще не засвоєні у спеціальній психології та корекційній педагогіці, хоча й тут діє відома в цих галузях знань закономірність: чим раніше настало порушення та чим більший ступінь порушення, тим більш вираженими є аномальний розвиток дитини.

Деякі загальні положення, що стосуються психолого-педагогічної організації умов життя дитини зі складним дефектом, можна почерпнути з теорії розвитку сліпоглухих дітей. Професором А.І. Мещеряковим (1974) було сформульовано низку умов, які забезпечують засвоєння сліпоглухою дитиною суспільно вироблених знань та формування в неї специфічної людської поведінки. Це, по-перше, практичні дії з предметами, без чого неможливо сформувати повний образ предмету. По-друге, використання способів дії з речами, що входять у безпосереднє оточення людини. По-третє, спрямованість дій на задоволення потреб дитини.

Використовуючи метод так званої спільно-розділеної дії, який полягає в тому, що дорослий розвиває у сліпоглухої дитини способи самообслуговування, цілеспрямовано зменшує власну активність і передає дитині свої функції.

Повноцінна соціальна взаємодія із зовнішнім середовищем вперше організовується через доступне при сліпоглухоті самообслуговування і ручну працю. Саме в цій сфері в дитини утворюються початкові форми культурної поведінки. Соціально-емоційний контакт дорослого (педагога, батьків) і сліпоглухої дитини вводить її до світу людських відносин. Пізнання миру істотно збагачується, якщо дитина включається в колективну побутову працю.

Оволодіння функціями навколишніх предметів в процесі навчання є необхідною умовою реального пізнання зовнішнього світу, виступає засобом розвитку пізнавальної діяльності дитини, зокрема, формування в неї сенсорних процесів. Проте, ще до оволодіння функціями предметів дитина вступає в комунікативні відносини з дорослими, і спеціальна психологія стала звертати пильнішу увагу на процес формування ранніх форм домовленнєвого спілкування, прагнучи знайти резерви підвищення комунікативної активності дитини і в можливо більш ранні терміни вивести дитину на комунікацію за допомогою символів, що повинно ефективно відобразитися на розумовому розвитку.

Розвиток засобів спілкування в сліпоглухих дітей ґрунтується на такій схемі. На основі засвоєння дитиною наочних дій та їх узагальнення за допомогою образотворчих жестів, які символізують наочні дії, дитину навчають спілкуванню за допомогою цих жестів. Наприклад, для спонукання дитини до практичної дії використовують умови наочно-ігрової ситуації. Щоб познайомити дитину з жестом, дорослий постійно попереджає застосуванням жесту відповідні

наочні дії. Потім дитину знайомлять зі смисловими аналогами жестів – першими короткими словами, які передаються їй в дактильній або письмовій формі. Таким чином вводять дитину в мовленнєву комунікацію. Далі в дитини в процесі спілкування та при вивченні мовлення як засобу спілкування послідовно формують граматичну будову мовлення та лексику. Першорядне значення при цьому має використання письмового мовлення та спеціальної системи оволодіння читанням та „читацькою” діяльністю (Є.Л. Гончарова, 1990). Оволодіння мовленням та можливість навчання в масовій школі стає вирішальним чинником соціальної реабілітації учнів зі складними порушеннями розвитку. Освітні можливості таких учнів стають тоді порівняними із освітніми можливостями інших дітей з відхиленнями в розвитку.

Реалізація розвитку дитини зі складним дефектом істотно залежить від змісту освіти та її зв'язку з життям дитини з обмеженими можливостями. Як свідчить практика, для учнів зі складним дефектом розвитку найбільше значення мають такі змістові галузі їх освіти: трудове навчання (у т.ч. побутова праця й домоводство), професійно-трудове навчання та соціально-побутове орієнтування.

У нашій країні вже склалися й діють певні види допомоги сліпоглухим та іншим дітям зі складними сенсорними порушеннями: розумово відсталим глухим і слабочуючим, розумово відсталим сліпим і слабозорим, розумово відсталим дітям з порушеннями опорно-рухового апарату в допоміжних класах відповідних типів шкіл і в деяких установах Міністерства соціальної політики України, яке опікується соціальним захистом населення.

Реальний стан справ являє собою дуже неоднорідну картину. Для деяких субкатегорій дітей зі складним дефектом будь-які види по-справжньому спеціалізованої підтримки взагалі відсутні, наприклад, для глухих дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, для аутичних дітей із сенсорними порушеннями, для дітей із соматичними порушеннями та порушеннями зору та слуху. Для більшості осіб зі складним дефектом особливо невлаштованим виявляється життя до школи та після неї.

Разом з тим для окремих категорій дітей зі складним дефектом створюються нові служби та види підтримки, які можуть розглядатися як пробна модель, можлива для використання при розвитку системи.

Спеціальні завдання спеціальних навчальних закладів, у яких

знаходяться діти зі складними порушеннями, полягають у формуванні пізнавальної та практичної діяльності дітей даної категорії, формуванні просторового орієнтування, словесного мовлення в різних його формах (дактильній; письмовій – крупним шрифтом, якщо дозволяє залишковий зір учнів; рельєфно-точковій за системою Брайля; усній), включенні сліпоглухих підлітків у соціально-побутове оточення, навчанні доступної професії. Використовуються спеціальні технічні засоби: звукопідсилювальна апаратура, оптичні засоби. Науково і методично організована система освіти сліпоглухих осіб дозволяє опанувати програмою середньої школи, а деяким із них і закінчувати вищі навчальні заклади.

Прикладом цього може слугувати життя й робота Ольги Іванівни Скороходової. У ранньому дитинстві вона втратила зір і слух, а потім і мовлення. Виховувалася і навчалася в школі-клініці для сліпоглухих, очолюваній видатним дефектологом, професором І.А. Соколянським. Усе своє життя О.І. Скороходова присвятила дефектології. Нею написані дві унікальні книги „Як я сприймаю навколишній світ” (1947) і „Як я сприймаю і уявляю навколишній світ” (1956). У 1961 році Ольга Іванівна успішно захистила дисертацію на здобуття вченого ступеня кандидата педагогічних наук і до кінця життя (1982) працювала старшим науковим співробітником в НДІ дефектології АПН СРСР.

Приклад О.І. Скороходової є унікальним. Але й останніми роками практика навчання та виховання сліпоглухих, яка спирається на теоретичну спадщину І.А. Соколянського та його учня і послідовника А.І. Мещерякова, дозволяють певній частині цих дітей отримати освіту в обсязі масової школи й потім успішно отримати вищу освіту.

У дитячих будинках-інтернатах Міністерства охорони здоров'я України перебувають в основному діти з глибокими ураженнями центральної нервової системи, до них нерідко потрапляють діти зі складним дефектом. Проте систематичної спеціалізованої психолого-педагогічної допомоги вони там не одержують. Сьогодні існують спроби групового навчання сліпих і слабозорих розумово відсталих дітей.

У системі спеціальних освітніх установ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України вже багато років діють допоміжні класи: у школах для глухих, слабочуючих, сліпих, слабозорих дітей, дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. У ці класи приймаються діти з легкою розумовою відсталістю

(за МКХ-10 – F 70) та із супутнім порушенням, яке відповідає профілю школи. Для цих дітей створюються окремі навчальні програми.

Найчастіше діти зі складним дефектом, які приймаються в школу, навчаються вдома (це навчання є дуже обмеженим у часі) або знаходяться в звичайних класах спеціальної освітньої установи, де має застосовуватись індивідуальний підхід до дитини та бути розроблена індивідуальна програма її навчання.

Деяку допомогу діти зі складними дефектами нині можуть знайти в недержавних установах. Так, у місцевих громадських і приватних психолого-педагогічних, медіко-соціальних та інших центрах, які організують допомогу дітям з обмеженими можливостями, одержують педагогічну підтримку діти з вираженими відхиленнями в розвитку, серед яких трапляються діти зі складним дефектом.

Останніми роками виникли невеликі виховні установи та групи для дітей з важкими формами інвалідності при церковних общинах православної християнської церкви й общинах інших конфесій.

Серед діючих установ та служб для дітей зі складними порушеннями розвитку бракує найбільш ранньої ланки системи. Для обслуговування дітей у дошкільному віці ще не створені консультативні центри, які могли б надавати педагогічну допомогу батькам, що мають дітей із складними аномаліями розвитку, і здійснювати ранню діагностику. Подібні центри („сімейні центри”) є за кордоном (у Великобританії, Данії, Швеції та інших країнах). Крім того, у спеціальних дитячих садках для дітей з різними відхиленнями в розвитку необхідно передбачати можливість створення спеціальних груп для дітей зі складним дефектом.

Контрольні запитання та завдання

1. Дайте визначення складного (комбінованого) дефекту.
2. Розкрийте сучасні підходи до проблем дітей зі складними порушеннями в розвитку.
3. Охарактеризуйте основні можливі поєднання дефектів розвитку.
4. Назвіть групи, на які поділяються діти з поєднаними порушеннями в розвитку.

5. Охарактеризуйте основні напрями навчання сліпоглухих дітей.

6. Визначте особливості психічного розвитку глухих і слабочуючих розумово відсталих дітей.

7. Які спеціалізовані заклади існують для осіб зі складним дефектом?

Література

1. Блюмина М. Г. Распространённость, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов / М. Г. Блюмина // Дефектология. – 1989. – № 3. – С. 3–10.

2. Гончарова Е. Л. Формирование базовых компонентов читательской деятельности у детей с глубокими нарушениями зрения и слуха Е. Л. Гончарова // Дефектология. – 1995. – № 4. – С. 12–15.

3. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.

4. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / В. А. Липа. – Донецк : Лебідь, 2002. – 327 с.

5. Мещеряков А. И. Слепоглухонемые дети / А. И. Мещеряков – М., 1974. – 327 с.

6. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посібник для студ. пед. ін-тів / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 143 с.

7. Скороходова О. И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир / О. И. Скороходова. – М., 1972. – 448 с.

8. Соколянский И. А. Обучение слепоглухонемых детей / И. А. Соколянский // Дефектология. – 1989. – № 2. – С. 17–20.

РОЗДІЛ X. СИСТЕМА НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

10.1. Основні положення системи навчання та виховання дітей з обмеженими можливостями

У нашій країні діє *диференційована система спеціальних установ* для дітей з порушеннями в розвитку. Відповідно до характеру дефекту та ступеня його вираженості дана категорія населення виховується в спеціальних установах системи освіти, охорони здоров'я або соціального захисту.

Важливими принципами побудови системи корекційної освіти є її державний характер; єдність, загальність і обов'язковість навчання. Закон „Про освіту” поширюється й на осіб з порушеннями в розвитку.

Для дітей з обмеженими можливостями *створені умови для отримання освіти*: спеціальні освітні програми й методи навчання, індивідуальні технічні засоби навчання, а також педагогічна, медична, соціальна та інша допомога, без якої неможливе (складно) засвоєння загальноосвітніх і професійних освітніх програм.

Для дітей, навчання яких відповідно до державних освітніх стандартів неможливе через особливості їх фізичних і (або) психічних недоліків, встановлюються *спеціальні державні освітні стандарти*.

Корекційна освіта забезпечує дітям з обмеженими можливостями отримання освіти в адекватному їх здоров'ю середовищі навчання, відповідно до їх здібностей і можливостей, з метою адаптації до суспільного життя та інтеграції, зокрема для набуття навичок самообслуговування, підготовки до трудової діяльності та сімейного життя.

Діти з обмеженими можливостями мають право:

1) на безкоштовне обстеження психолого-медико-педагогічною консультацією або медико-соціальною експертною комісією;

2) безкоштовну медико-психолого-педагогічну корекцію фізичних і (або) психічних недоліків із моменту їх виявлення незалежно від ступеня вираженості;

3) безкоштовну дошкільну освіту, початкову загальну і основну загальну освіту – повинна бути організована для дітей з 6-8 років. Терміни засвоєння основних загальноосвітніх програм початкової загальної та основної загальної освіти визначаються типовими положеннями про освітні установи відповідних типів та видів і не можуть бути меншими, ніж дев'ять років;

4) отримання безкоштовної освіти в спеціальній освітній установі, установі інтегрованого навчання, спеціальній освітній установі загального призначення;

5) безкоштовну освіту в освітній установі незалежно від її організаційно-правової форми відповідно до державних освітніх стандартів (зокрема спеціальних) незалежно від форми отримання освіти, що гарантується державним зобов'язанням;

6) забезпечення відповідно до соціальних або медичних свідчень транспортними засобами для доставки до найближчої відповідної освітньої установи. Порядок забезпечення транспортними засобами встановлюється урядом держави;

7) працевлаштування після закінчення навчання відповідно до одержаної освіти та (або) професійної підготовки в порядку, встановленому законами та іншими нормативними правовими актами.

На повному державному забезпеченні в державних спеціальних освітніх установах-інтернатах і державних освітніх установах повинні знаходитися такі категорії осіб з обмеженими можливостями здоров'я:

- що не чуять та слабочуючі;
- незрячі та слабозорі;
- з важкими порушеннями мовлення;
- з порушеннями функцій опорно-рухового апарату;
- розумово відсталі;
- з вираженими (глибокими) порушеннями емоційно-вольової сфери та поведінки;
- ті, що мають труднощі в навчанні, обумовлені затримкою психічного розвитку;
- зі складними порушеннями.

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (2008) спеціальні школи (школи-інтернати) I, I-II, I-III ступенів можуть функціонувати разом або самостійно:

- I ступінь – початкова школа (підготовчий клас, 1–4 класи, строк навчання 5 років);
- II ступінь – основна школа (5–9 (10) класи, строк навчання 5 (6) років);
- III ступінь – старша школа з профільним спрямуванням навчання (11–13 класи, строк навчання 3 роки).

Прийом до освітніх установ осіб з обмеженими можливостями здійснюється в порядку, встановленому Законом України „Про освіту”, „Про освіту осіб, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (спеціальну освіту)”, Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. Направлення дітей до спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) здійснюється за бажанням батьків (осіб, що їх замінюють) на підставі висновків відповідних психолого-медико-педагогічних консультацій. Для осіб з обмеженими можливостями здоров'я конкурс при прийомі до загальноосвітніх установ і (або) освітніх установ початкової професійної освіти не проводиться.

Спеціальна школа (школа-інтернат) може входити до складу навчально-виховних комплексів, навчальних закладів різних типів, а також утворювати навчально-виховні об'єднання з дошкільними, позашкільними та іншими навчальними закладами для задоволення культурно-освітніх потреб учнів (вихованців).

10.2. Структура та форми корекційної освіти

Система корекційної освіти в Україні має як вертикальну, так і горизонтальну структуру. Вертикальна структура ґрунтується на вікових особливостях учнів та рівнях загальноосвітніх програм. Горизонтальна структура враховує психофізичний розвиток дитини, особливості її пізнавальної діяльності й характер порушення. Для груп, до яких входять так звані „проблемні” діти, у країні функціонують:

- спеціальні (корекційні) освітні установи для дітей з порушеннями в розвитку;
- спеціальні навчально-виховні установи для дітей та підлітків з девіантною поведінкою;
- школи-інтернати та дитячі будинки для дітей-сиріт і дітей, що залишилися без батьківського піклування.

В Україні функціонують 382 спеціальних загальноосвітніх навчальних заклада відповідно до восьми категорій дітей з особливостями психофізичного розвитку, у яких навчається понад 50 тис. дітей. Крім цього, у системі Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України функціонують та успішно діють понад 30 навчально-реабілітаційних центрів для дітей з порушеннями психофізичного розвитку, 142 спеціальних дошкільних навчальних

заклада та 1200 спеціальних груп у дошкільних навчальних закладах загального типу, де навчається близько 45 тис. дошкільників.

У підпорядкуванні Міністерства соціальної політики України функціонує 298 реабілітаційних центрів, з них 208 – центрів ранньої реабілітації дітей з порушеннями в розвитку, 90 – центрів медико-соціальної та професійно-трудової реабілітації. Реабілітаційні послуги діти з обмеженими можливостями здоров'я одержують і в 46 центрах соціально-психологічної реабілітації, підвідомчих Міністерству освіти і науки, молоді та спорту України.

Вертикальна структура складається з 5 рівнів:

- 1) період раннього дитинства – від народження до 3 років;
- 2) дошкільний період – від 3 до 7 років;
- 3) період обов'язкового навчання – від 7 до 16 років;
- 4) період середньої освіти та професійної підготовки – від 15 до 18 років і аж до 21 року для сліпих, глухих, з порушенням опорно-рухового апарату;
- 5) період навчання дорослих-інвалідів.

У період раннього дитячого віку (від народження до 3-х років) діти навчаються і виховуються в домашніх умовах, у дитячих яслах, діти-сироти – у будинках дитини. Корекційна робота з дітьми, які мають порушення в розвитку, проводиться в центрах реабілітації або абілітації.

Для дітей дошкільного віку існують такі установи:

- спеціальні дитячі садки (з денним перебуванням і цілодобові);
- корекційні дитячі будинки;
- спеціальні групи в масових дитячих садках;
- спеціалізовані реабілітаційні центри;
- дошкільні групи в спеціальних школах (для дітей з порушенням слуху, зору, опорно-рухового апарату, інтелекту).

Спеціальні (корекційні) школи для дітей з порушеннями в розвитку реалізують програми початкової загальної, основної загальної, середньої (повної) загальної освіти. Спеціальні (корекційні) школи, які підпорядковані Міністерству освіти і науки, молоді та спорту України, є частиною системи освіти та забезпечують можливість отримання освіти в межах спеціальних державних освітніх стандартів, а також одночасно вирішують спеціальні завдання корекційного характеру, забезпечуючи виховання, навчання, лікування, соціальну адаптацію та інтеграцію дітей у суспільство.

Форми освіти можуть бути такими:

- спеціальна (корекційна) школа;
- спеціальна (корекційна) школа-інтернат;
- інклюзивна школа;
- реабілітаційні центри;
- корекційний клас при масовій загальноосвітній установі;
- індивідуально в масовій загальноосвітній установі;
- навчання вдома;
- екстернат;
- навчання в умовах стаціонарної лікувальної установи;
- школи-профілакторії.

Отримання загальної середньої та професійної освіти особами з відхиленнями в розвитку можливе в таких установах:

- спеціальних середніх школах;
- спеціальних виробничих майстернях;
- центрах соціально-трудової реабілітації;
- спеціальних професійних училищах.

Для дорослих існують такі установи:

- вечірні школи;
- спеціальні технікуми;
- спеціальні групи в технікумах і вузах;
- реабілітаційні центри;
- навчальні та виробничі майстерні від товариств сліпих та глухих осіб.

Горизонтальна структура корекційної освіти в Україні представлена такими видами спеціальних (корекційних) установ для дітей з порушеннями в розвитку:

- для глухих (класи для розумово відсталих дітей);
- для слабочуючих (класи для розумово відсталих дітей);
- для сліпих (класи для розумово відсталих дітей);
- для слабозорих (класи для розумово відсталих дітей);
- з важким порушенням мовлення;
- з порушенням опорно-рухового апарату (класи для розумово відсталих дітей);
- із затримкою психічного розвитку;
- для розумово відсталих (спеціальні класи для глибоко розумово відсталих дітей), класи для дітей з комбінованими (складними) дефектами.

Для надання допомоги дітям, які мають різні порушення мовлення та навчаються в освітніх установах загального призначення,

організовується логопедична служба. Виходячи із кількості дітей, які потребують логопедичної допомоги, вона може здійснюватися за допомогою:

- введення в штат освітньої установи загального призначення посади вчителя-логопеда;
- створення в структурі органу управління освітою логопедичного кабінету;
- створення логопедичного центру – установи з правами юридичної особи.

Для дітей і підлітків з девіантною поведінкою в Україні існують 3 види спеціальних навчально-виховних установ:

- спеціальна освітня школа;
- спеціальне професійно-технічне училище;
- спеціальна (корекційна) загальноосвітня школа та спеціальне (корекційне) професійно-технічне училище для дітей і підлітків із відхиленнями в розвитку (затримкою психічного розвитку й легкими формами розумової відсталості), які скоїли небезпечні діяння.

Спеціальні навчально-виховні установи можуть бути відкритого або закритого типу. Установи відкритого типу виконують функції профілактичної установи і створюються для дітей та підлітків зі стійкою протиправною поведінкою, які зазнали психологічне насильство в будь-яких формах і відмовляються відвідувати загальноосвітні установи, зазнають труднощі в спілкуванні з батьками. У цих установах створюються умови, що забезпечують розвиток особистості вихованця, яка потребує особливої турботи та захисту.

Установи закритого типу створюються для неповнолітніх, які скоїли небезпечні для суспільства діяння. Ця категорія осіб потребує особливих умов виховання та навчання й спеціального педагогічного підходу. В установах закритого типу створюється режимна служба, яка забезпечує спеціальні умови для знаходження вихованців (охорону території і матеріальних цінностей, створення безпечних умов, цілодобове спостереження та контроль, огляд речей та ін.).

До установ закритого типу належить спеціальна (корекційна) установа для дітей з девіантною поведінкою. Зміст навчання та виховання в ній спрямований на створення умов для психологічної, медичної та педагогічної корекції відхилень у розвитку дітей та підлітків, формування їх особистості та соціальну реабілітацію.

10.3. Типи закладів для дітей з порушеннями психофізичного розвитку (ПФР)

У спеціальних навчально-виховних установах діти з порушеннями психофізичного розвитку одержують залежно від типу шкіл, початкову загальну освіту, базову загальну середню освіту (неповну), а деякі – повну загальну середню освіту. Горизонтальна структура корекційної освіти в Україні представлена такими спеціальними (корекційними) закладами:

1. Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для глухих дітей – мають у своєму складі 1–10 класи та підготовчий клас для дітей, які не одержали організовану дошкільну підготовку до навчання в школі. У 1-й клас приймаються діти семирічного віку, а у підготовчий – шестирічки. Глухі діти, які навчаються в школі-інтернаті, отримують освіту в обсязі дев'ятирічної загальноосвітньої школи. Учні випускного класу складають іспити, їм видається свідоцтво про неповну середню освіту.

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (2008), спеціальна школа (школа-інтернат) для глухих дітей може мати, крім зазначених вище I–II ступенів (I ступінь – підготовчий клас, 1–4 класи, II ступінь – 5–10 класи), III ступінь – 11–13 класи.

До спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для глухих дітей зараховуються діти 6 (7) років, які:

- не реагують на гучний голос;
- не реагують на голос розмовної гучності біля вуха;
- розрізняють окремі мовні звуки (а, о, у, р), що вимовляються біля вуха голосом підвищеної гучності.

Такі діти характеризуються середньою втратою слуху в мовному діапазоні понад 80 децибел частоти від 500 до 40 000 герц.

Школа-інтернат для глухих дітей, урахувуючи особливості їхнього розвитку, вирішує спільні із загальноосвітньою школою завдання виховання та навчання, надає загальноосвітню, політехнічну та трудову підготовку. Особлива увага приділяється формуванню й розвитку словесного мовлення та словесно-логічного мислення, а також розвитку залишкового слуху, корекційній та компенсаторній роботі. Робота з формування й розвитку виразного усного мовлення глухих учнів, розширення активної мовленнєвої практики здійснюється на всіх уроках та в позаурочний час.

Гранична наповнюваність класів у школі глухих – 12 осіб.

2. Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для слабочуючих і пізнооглухлих дітей – навчально-виховні установи, що здійснюють виховання, загальноосвітню і трудову підготовку, подолання наслідків зниження слуху й мовленнєвого недорозвинення даної категорії дітей. Приймає дітей від 7 років і має два відділення. Перше – для дітей з легким недорозвиненням мовлення внаслідок порушення слуху. Термін навчання в першому відділенні – 10 років (1–10 класи).

Друге відділення – для дітей з глибоким недорозвиненням мовлення в результаті порушення слухової функції. Навчання триває 12 років (з 1 по 7 клас за спеціальними програмами й підручниками, а далі за програмами та підручниками 5–8 класів масової школи).

Випускники першого й другого відділень здобувають освіту в обсязі неповної середньої школи. Наповнюваність класів – 12 осіб.

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (2008), спеціальна школа (школа-інтернат) для дітей зі зниженим слухом може мати, крім зазначених вище I–II ступенів (I ступінь – підготовчий клас, 1–4 класи, II ступінь – 5–10 класи), III ступінь – 11–13 класи.

До спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей зі зниженим слухом зараховуються діти 6 (7) років, які:

- мають середню втрату слуху в діапазоні від 30 до 80 децибел, розрізняють мовлення (слова і словосполучення звичайної розмовної гучності на відстані 3 метрів) і мають унаслідок часткової втрати слуху різні рівні недорозвинення мовлення;
- утратили слух у шкільному або дошкільному віці, але зберегли мовлення (повністю або частково);
- розрізняють мовлення розмовної гучності на відстані 3 метрів від вуха, але мають значний недорозвиток мовлення, що зумовлює труднощі в навчанні таких дітей у загальноосвітньому навчальному закладі.

Не зараховуються до спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей глухих, зі зниженим слухом діти:

- з вадами слуху в поєднанні з важкою, глибокою розумовою відсталістю;
- з важкими порушеннями мовлення на фоні нормального слуху (алалія, афазія та ін.);
- із психопатоподібними розладами;
- зі стійким денним і нічним енурезом, енкопрезом.

3. Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для сліпих дітей з повною втратою зору (вони складають 6–8%) або тих, які мають залишковий зір (до 0,04 D).

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (2008), спеціальна школа (школа-інтернат) для сліпих дітей може мати I–III ступені (I ступінь – підготовчий клас, 1–4 класи, II ступінь – 5–10 класи, III ступінь – 11–13 класи).

До спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для сліпих дітей зараховуються діти 6 (7) років:

- з гостротою зору 0,04 D і нижче на оці, яке краще бачить з припустимою корекцією;
- з гостротою зору 0,05-0,08 D на оці, яке краще бачить з припустимою корекцією, у разі складних порушень зорових функцій, прогресуючих очних захворювань, що призводять до сліпоті.

У школі для сліпих діти отримують політехнічну освіту і професійну підготовку. Зміст навчання в школі для сліпих дітей в основному відповідає змісту навчання в масовій школі, з деяким збільшенням часу на вивчення програмного матеріалу. Разом з тим деякі дисципліни (фізичне виховання, виробнича підготовка, рельєфне малювання, креслення та ін.) мають спеціальні програми.

Групові та індивідуальні заняття з лікувальної гімнастики, ритміки, виправлення мовлення та інших вад розвитку необхідні для підготовки до засвоєння програмного матеріалу. Корекційно-виховна робота спрямована на подолання вторинних відхилень у розвитку сліпих дітей і здійснюється за допомогою спеціальних прийомів навчання, спеціального обладнання, навчальних посібників та тифлотехнічних засобів.

Навчання загальноосвітніх предметів відбувається за підручниками масової школи, надрукованими рельєфно-точковим шрифтом. Трудове та професійне навчання проводиться у навчально-виробничих майстернях, які обладнано спеціальними робочими інструментами. Наповнюваність класів – 12 осіб.

4. Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для слабозорих дітей. При школах-інтернатах для слабозорих, за необхідності, організуються класи для сліпих дітей, а в школах-інтернатах для сліпих – відповідні класи для слабозорих. У школах змішаного типу навчання сліпих та слабозорих дітей здійснюється в окремих класах.

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (2008), спеціальна школа (школа-інтернат) для дітей зі зниженим зором може мати I–III ступені (I ступінь – підготовчий клас, 1–4 класи, II ступінь – 5–10 класи, III ступінь – 11–13 класи).

До спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей зі зниженим зором зараховуються діти 6 (7) років:

- з гостротою зору 0,05–0,4 D на оці, яке краще бачить з припустимою корекцією; при цьому враховується стан інших зорових функцій (поле зору, гострота зору на близькій відстані, форми та перебіг патологічного процесу);
- з більш високою гостротою зору у разі прогресуючих або частих рецидивних захворювань, а також за наявності астенопічних явищ, що виникають під час читання та письма на близькій відстані.

У всіх випадках діти повинні читати шрифт № 9 таблиці для визначення гостроти зору зблизька з припустимою корекцією звичайним оптичним склом на відстані не ближче 15 см.

Не зараховуються до спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей сліпих, зі зниженим зором діти:

- з розумовою відсталістю важкого, глибокого ступеня;
- з глибокими відхиленнями в поведінці;
- зі значними порушеннями рухової сфери, які самостійно не пересуваються і не обслуговують себе;
- зі стійким денним і нічним енурезом і енкопрезом.

У школах для слабозорих дітей здійснюються всебічний психофізичний корекційний розвиток учнів, компенсація наслідків зорових порушень, охорона, зміцнення та можливе відновлення неповноцінного зору в умовах послабленого режиму.

Успіх навчання та виховання слабозорих дітей залежить від умов зорової роботи. У класі використовуються спеціальний навчальний та наочний матеріал, спеціальні оптичні й технічні засоби та методи навчання, які спрямовані на корекцію викривлених зорових уявлень дітей. Шкільне обладнання пристосоване до індивідуальних особливостей зору дітей: підвищене освітлення, спеціальна конструкція парт з похилою кришкою, яка рухається, підручники масової школи, надруковані крупнішим шрифтом, зошити з особливим розлінуванням. Кількість учнів у класі не повинна перевищувати 12 осіб.

5. Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату – навчально-виховні та лікувально-оздоровчі заклади. У школах для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату здійснюється трудова терапія, спрямована на відновлення або компенсацію рухових порушень. Заняття з праці проводяться з урахуванням рухових та пізнавальних можливостей учнів. У кожному класі передбачені індивідуальні заняття з корекції наявних порушень, які систематично проводять учителя школи-інтернату. У розклад включені групові та індивідуальні заняття з лікувальної гімнастики та заняття з учителем-логопедом.

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (2008), спеціальна школа (школа-інтернат) для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату може мати I–III ступені (I ступінь – підготовчий клас, 1–4 класи, II ступінь – 5–10 класи, III ступінь – 11–13 класи).

Навчання здійснюється за навчальними програмами масової школи. Трудове навчання та заняття фізкультурою здійснюються за спеціальними програмами.

Тривалість уроків у підготовчому та в першому класах скорочена до 30–35 хв. Кількість учнів у класі та у виховній групі – 16 осіб. У міру відновлення здоров'я рішенням медико-педагогічної комісії учні можуть переводитись у масову школу.

До спеціальної школи (школи-інтернату) для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату зараховуються діти 6 (7) років, які самостійно пересуваються, не потребують індивідуального догляду, з такими захворюваннями:

- церебральні паралічі;
- наслідки поліомієліту у відновному і резидуальному станах;
- артрогрипоз, хондродистрофія, міопатія, наслідки інфекційних поліартритів;
- інші вроджені і набуті деформації опорно-рухового апарату.

Діти, у яких, крім рухових розладів, має місце затримка психічного розвитку та розумова відсталість, об'єднуються в окремі класи у складі цієї школи.

За наявності відповідних умов та кадрового забезпечення у спеціальній школі (школі-інтернаті) можуть навчатися діти з важкими порушеннями опорно-рухового апарату, які себе не обслуговують і відповідно до індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда потребують індивідуального догляду та супроводу,

стан здоров'я яких дозволяє перебувати їм у дитячому колективі згідно з рекомендованим лікарями режимом.

Не зараховуються до спеціальної школи (школи-інтернату) для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату діти, які:

- страждають на часті епілептичні напади;
- мають стійкий енурез і енкопрез унаслідок органічного ураження центральної нервової системи;
- страждають на терапевтично-резистентні судомні напади, шизофренію з наявністю продуктивної симптоматики, важкі порушення поведінки, небезпечні для дитини та оточення;
- мають важку, глибоку розумову відсталість;
- яким за станом здоров'я протипоказане перебування в дитячому колективі.

6. Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для дітей з важкими порушеннями мовлення (різні форми алалій, афазій, дизартрій та дислалій, заїкання та ін.). Через мовленнєву патологію ці діти не можуть навчатися в масовій школі й потребують спеціально організованих умов навчання.

У першому відділенні школи – з 10-річним терміном навчання та з підготовчим класом для дітей, які не пройшли спеціальної дошкільної підготовки, навчаються діти з важким загальним недорозвиненням мовлення.

У другому відділенні – з 10-річним терміном навчання – навчаються діти тільки з важкою формою заїкання при нормальному загальному розвитку інших сторін мовлення. Наповнюваність класів – 12 осіб.

Учні цих шкіл-інтернатів (першого і другого відділень) здобувають освіту в обсязі неповної середньої загальноосвітньої школи.

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (2008), спеціальна школа (школа-інтернат) для дітей з тяжкими порушеннями мовлення може мати I–II ступені (I ступінь – підготовчий клас, 1–4 класи, II ступінь – 5–10 класи).

До спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей з важкими порушеннями мовлення зараховуються діти 6 (7) років з нормальним слухом та первинно збереженим інтелектом, які мають важкі системні мовленнєві порушення (алалія, дизартрія, ринолалія, афазія, заїкуватість, загальне недорозвинення мовлення), що

перешкоджають навчанню в загальноосвітньому навчальному закладі, оскільки важкі органічні порушення мовлення центрального походження, як правило, зумовлюють специфічну затримку психічного розвитку дитини.

За наявності достатнього контингенту учнів (вихованців) з однорідними порушеннями мовлення (алалія, афазія, заїкуватість та ін.) створюються окремі класи з обов'язковим обліком мовленнєвого рівня кожного учня.

Не зараховуються до спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей з тяжкими порушеннями мовлення діти, які:

- мають знижений слух;
- розумову відсталість;
- хворі на епілепсію, з частими денними або нічними судомними нападами;
- хворі на шизофренію із психопатоподібними розладами;
- страждають на стійкий денний і нічний енурез;
- не обслуговують себе через важкі фізичні вади і потребують особливого догляду;
- мають мовленнєві порушення, що можуть бути виправлені в процесі індивідуальних занять з учителем-логопедом.

Головне завдання школи-інтернату полягає в корекції дефектів усного та письмового мовлення, відхилень у психічному та фізичному розвитку учнів, закріпленні мовленнєвих навичок, активізації мовленнєвих форм спілкування.

7. Для дітей із затримкою психічного розвитку відкриті спеціальні загальноосвітні школи-інтернати (школи з подовженим днем), де здійснюється освіта в обсязі неповної середньої масової школи. У ці школи приймаються діти у підготовчий та 1–2 класи. Разом із загальноосвітньою підготовкою тут проводиться комплексна лікувально-відновлювальна, санітарно-гігієнічна, профілактична робота, а також корекційні групові та індивідуальні заняття з метою подолання недоліків психофізичного розвитку, які викликали неуспішність у масовій школі. Важливу роль у роботі з такими дітьми відіграє принцип диференційованого підходу на основі даних психолого-педагогічного та клінічного вивчення дитини.

Після закінчення початкового навчання та в міру корекції дефектів розвитку діти можуть переводитися до масової загальноосвітньої школи. У випадках стійких форм затримки психічного розвитку діти залишаються в спеціальній школі на весь строк навчання.

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (2008), спеціальна школа (школа-інтернат) для дітей із затримкою психічного розвитку може мати I–II ступені (I ступінь – підготовчий клас, 1–4 класи, II ступінь – 5–9 класи).

До спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей із затримкою психічного розвитку зараховуються діти 6 (7) років з уповільненим темпом психічного розвитку, але з потенційно збереженими можливостями інтелектуального розвитку.

До спеціальної школи (школи-інтернату) для дітей із затримкою психічного розвитку можуть зараховуватись і діти з такими клінічними характеристиками:

- затримка розвитку за типом конституціонального (гармонійного) психічного і психофізичного інфантилізму;
- затримка розвитку соматогенного походження з явищами стійкої соматичної астенії, соматогенної інфантилізації;
- затримка розвитку психогенного походження в разі патологічного розвитку особистості невротичного характеру з явищами психічної загальмованості, психогенної інфантилізації.

Учні (вихованці) із затримкою психічного розвитку, які навчаються в 1–4 класах, у міру відновлення здоров'я, досягнення стабільних успіхів у навчанні переводяться до загальноосвітньої школи за висновком психолого-медико-педагогічної консультації.

Не зараховуються до спеціальної школи (школи-інтернату) для дітей із затримкою психічного розвитку діти з такими клінічними формами і станами:

- розумова відсталість;
- органічна деменція різного походження;
- виражені вади слуху, зору, опорно-рухового апарату;
- психопатія і психопатоподібні стани різного характеру;
- різні нервово-психічні розлади, що не викликають порушення пізнавальної діяльності;
- педагогічна (соціальна) занедбаність, що не зумовлена порушеннями пізнавальної діяльності.

8. Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для дітей з особливостями інтелектуального розвитку. У них навчаються діти з легкою розумовою відсталістю (за МКХ-10 – F 70). За дев'ять років навчання спеціальна школа забезпечує учням всебічний розвиток,

виховання, загальноосвітню підготовку (приблизно в обсязі початкової масової школи), професійно-трудове навчання та оволодіння доступними професіями.

Трудове навчання займає значне місце в навальному часі та є одним з розділів роботи школи з підготовки учнів до самостійного життя та корисної діяльності для суспільства. Навчання ручної праці в молодших класах, професійно-трудове навчання старшокласників із різних видів промислової та сільськогосподарської праці, виробниче навчання у випускному класі вирішують у спеціальній школі спеціальні завдання соціальної адаптації та реабілітації. Наповнюваність класів – до 16 осіб.

Для дітей з важким та глибоким ступенями розумової відсталості в системі соціального забезпечення існують дитячі будинки з 4 до 18 років.

Розумово відсталих дітей, які страждають на психічні захворювання, залежно від стану віддають до дитячих психоневрологічних стаціонарів або в дитячі відділення психіатричних лікарень.

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (2008), спеціальна школа (школа-інтернат) для розумово відсталих дітей може мати I–II ступені (I ступінь – підготовчий клас, 1–4 класи, II ступінь – 5–9 (10) класи).

До спеціальної школи (школи-інтернату) для розумово відсталих дітей зараховуються розумово відсталі діти 6 (7) років та діти з відповідним діагнозом з такими медичними показаннями:

- легка розумова відсталість;
- помірна розумова відсталість;
- органічна деменція різного походження, яка відповідає легкій та помірній розумовій відсталості.

Не зараховуються до спеціальної школи (школи-інтернату) для розумово відсталих дітей діти з важкою, глибокою розумовою відсталістю, органічною деменцією різного походження з вираженою дезадаптацією, відсутністю навичок самообслуговування:

- із психічними захворюваннями, у яких, крім розумової відсталості, є інші тяжкі нервово-психічні порушення;
- розумовою відсталістю або органічною деменцією з вираженими і стійкими психопатоподібними розладами;
- розумовою відсталістю з частими денними або нічними судомними нападами;

- шизофренією зі стійкими психопатичними розладами;
- стійким денним і нічним енурезом, енкопрезом;
- різними відхиленнями в психічному розвитку, пов'язаними з первинним порушенням слуху, зору, опорно-рухового апарату;
- затримкою психічного розвитку, пов'язаною із залишковими явищами органічних уражень головного мозку або соціальною (педагогічною) занедбаністю.

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (2008), випускники спеціальної школи (школи-інтернату), які закінчили школу II ступеня (крім тих, які навчалися у школі (школі-інтернаті) для розумово відсталих дітей), одержують свідоцтво про базову загальну середню освіту державного зразка, що дає право на вступ до професійно-технічного навчального закладу, вищого навчального закладу I–II рівнів акредитації. За бажанням випускники можуть продовжувати здобувати повну загальну середню освіту в школі (школі-інтернаті) III ступеня.

Випускники, які закінчили спеціальну школу (школу-інтернат) III ступеня, одержують атестат про повну загальну середню освіту, що дає право на вступ до професійно-технічних та вищих навчальних закладів.

Випускники, які закінчили спеціальну школу (школу-інтернат) для розумово відсталих дітей, отримують свідоцтво про закінчення спеціальної загальноосвітньої школи, що дає право на вступ до професійно-технічного навчального закладу з урахуванням рекомендацій лікарів.

Спеціальна школа (школа-інтернат) приватної форми власності має право видавати випускникам документи державного зразка про відповідний рівень освіти за умови проведення атестації цього закладу.

Разом з традиційними освітніми установами нині створюються нові типи установ – *реабілітаційні центри*. Головним у діяльності реабілітаційних центрів є не тільки й не стільки зміна структури, форми та змісту роботи, а скільки бажання змінити ставлення до дітей з відхиленнями в розвитку, до їхніх бід і потреб.

Реабілітаційні центри, як правило, є багатофункціональними: вони мають у своєму складі діагностичні, розвивальні, корекційні та оздоровчі комплекси, а також творчі майстерні, навчання в яких спрямоване на розвиток здібностей дітей у галузі ремесел, мистецтва,

музики, любові до природи, можливостей для розвитку особистості, уміння розуміти навколишній світ та знайти в ньому місце для себе.

Таким чином, корекційна освіта в Україні на сьогодні є складною розгалуженою системою, у якій відбувається диференціація, інтеграція та вдосконалення вертикальної і горизонтальної структури, розвиток нових видів спеціальних установ для дітей із труднощами в навчанні, спілкуванні, поведінці, а також створення принципово нових багатопрофільних і багатофункціональних реабілітаційних центрів, які надають соціально-педагогічну та психологічну допомогу та підтримку дітям різного віку з різними відхиленнями в розвитку.

10.4. Загальна характеристика принципів виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку

Сучасна корекційна педагогіка постійно зазначає та практично реалізує принципову спільність спрямованості виховання учнів спеціальних і масових шкіл. Таке розуміння завдань виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку (ПФР) засноване на визнанні можливості й необхідності включення їх в активне життя суспільства.

Розвиток особистості дитини з порушеннями ПФР відбувається відповідно до тих же законів, що й процес розвитку дітей, які не мають певних відхилень, хоча й існує певна специфіка, зумовлена необхідністю корекції розвитку та компенсації дефекту вихованців спеціальних шкіл. Тому для дітей даної категорії необхідне застосування системи спеціальних педагогічних засобів для подолання або ослаблення таких недоліків.

Основними завданнями виховання учнів спеціальних шкіл є:

1. Виховання в учнів громадянських, етичних якостей, свідомої дисципліни.
2. Прищеплення учням працьовитості та культури праці, звичок до трудового життя.
3. Забезпечення нормального фізичного розвитку.
4. Формування в учнів естетичних поглядів та смаків, уміння будувати своє життя, поведінку за законами краси.
5. Розвиток в учнів розумових здібностей.

Цілі й задачі виховання сформульовані в його принципах, які є відображенням закономірностей виховного процесу. Найбільш суттєвими з них є:

1) *принцип зв'язку виховного процесу з життям* – діти з обмеженими можливостями широко залучаються до корисної суспільної діяльності, значення якої виходить за рамки шкіл, мають постійні і активні шефські зв'язки з виробничими колективами;

2) *принцип виховання особистості в колективі та через колектив*. Цей принцип не втрачає свого значення і в роботі з дітьми, які мають порушення в розвитку, тим більше, що, як зазначав Л.С. Виготський, дитячий колектив є дієвим соціальним чинником компенсації дефекту. Досвід колективних відносин, які виникають під час спільної діяльності, постійного спілкування дітей одного з одним, визначає етичні установки як усього колективу в цілому, так і окремих його членів. Ураховуючи, що через обставини, пов'язані із особливостями порушеного розвитку, у дітей з тим або іншим дефектом виникають певні труднощі у встановленні колективних відносин, педагоги спеціальних шкіл проводять цілеспрямовану роботу зі створення, зміцнення, розвитку колективів учнів та використання виховної сили колективу для формування у школярів соціально цінних якостей особистості;

3) *принцип єдності шановливого ставлення та вимогливості до особистості вихованця* стосовно виховання дітей з порушеннями ПФР передбачає перш за все віру в позитивні якості кожного вихованця, у можливість удосконалення його особистості, значну довіру до учня при дорученні йому того або іншого завдання з активізацією його самостійних зусиль для подолання труднощів, які трапляються при виконанні тієї або іншої роботи. Важливо забезпечити постійне, рівне, доброзичливе, але вимогливе ставлення всіх педагогів і батьків до дитини з обмеженими можливостями, допомагати їй аналізувати свою діяльність і поведінку, прагнути до їх вдосконалення;

4) *принцип урахування вікових, індивідуальних і типологічних особливостей* дітей – потребує глибокого знання педагогом-дефектологом специфічних рис розвитку як різних категорій дітей з порушеннями ПФР різного віку, так і всіх різноманітних індивідуальних особистісних особливостей кожного вихованця. Потрібно враховувати, що в спеціальній школі серед дітей одного і того ж самого класу часто можна знайти більше, ніж у масовій школі, своєрідностей індивідуального розвитку, що пов'язане з відмінностями при тій або іншій якісній структурі дефекту;

5) *принцип єдності і цілісності, системності виховного процесу*, який означає забезпечення однієї єдиної мети – гармонійного

розвитку особистості, взаємозв'язку між розумовим, етичним, трудовим, естетичним і фізичним вихованням, між усіма видами діяльності учнів, усіма сторонами їх життя, між виховними впливами на дітей усіх педагогів, а також сім'ї і громадськості. Цей принцип припускає планомірність, безперервність у здійсненні виховної роботи, забезпечення спадкоємності між дошкільним і шкільним вихованням дітей з порушеннями ПФР, між вихованням їх у молодших, середніх та старших класах, збільшення виховних дій на школярів.

Слід зазначити, що провідними принципами виховання дітей з порушеннями ПФР також є:

6) *принцип комплексного підходу до виховання дітей з порушеннями ПФР;*

7) *принцип оптимістичної перспективності виховання;*

8) *принцип дієвості виховання;*

9) *принцип виховання у трудовій активній діяльності;*

10) *принцип систематичності та послідовності;*

11) *принцип поєднання педагогічного керівництва із розвитком самостійності та активності;*

12) *принцип демократизації виховання.*

При реалізації всіх вищезазначених принципів виховання дітей з обмеженими можливостями особлива увага приділяється формуванню в них таких особистісних якостей, які сприяють найбільшій ефективності процесу компенсаторного розвитку, забезпечують дитині активну життєву позицію, викликають прагнення подолати дефект, проявити свої потенційні можливості в максимальною мірою з користю для інших людей, колективу, суспільства.

Відмінності у процесі виховання учнів спеціальних та масових шкіл наведені в табл. 4.

10.5. Особливості процесу навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку

Система підготовки дітей з обмеженими можливостями до самостійного життя та суспільно корисної трудової діяльності в спеціальних школах покликана на високому рівні, який відповідає сучасному рівню розвитку суспільства, передбачати *процес педагогічно організованого оволодіння різними компонентами людської культури – знаннями, способами діяльності, досвідом*

творчої діяльності, досвідом емоційного ставлення до дійсності.

Таблиця 4. Відмінності виховного процесу учнів спеціальних та масових шкіл

Критерії порівняння	Спеціальні школи	Масові школи
Визначення	Спеціальна загальноосвітня школа-інтернат (школа) для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку є державним загальноосвітнім навчально-виховним і корекційно-відновлювальним закладом освіти, який задовольняє потреби дітей з вадами у фізичному або розумовому розвитку, у загальній освіті, соціальній допомозі і реабілітації	Масова школа – це заклад освіти, що забезпечує потреби громадян у загальній середній освіті
Завдання школи	Найголовніше – корекція дефектів розвитку цієї категорії аномальних дітей, підготовка учнів до трудової діяльності, виховання у школярів ініціативи, самостійності, навичок дисципліни, поведінки в шкільному колективі, у побуті	Формування і розвиток соціально зрілої, творчої особистості з усвідомленою громадською позицією, почуттям національної свідомості, підготовленої до професійного самовизначення
Зміст позакласної роботи з учнями, які мають порушення психологічного або фізичного розвитку	Орієнтація на подолання властивої їм бідності мовлення, збагачення їх словника, максимальне розширення активного запасу слів і уявлень про навколишнє середовище	Орієнтація на збагачення кругозору учнів та на виховний вплив цієї діяльності

<p>Особливості педагогічного режиму, умов виховання та утримання дітей і підлітків у спеціальному загальноосвітньому закладі</p>	<p>Спеціальний режим дня та система навчальної та виховної роботи Постійний нагляд і педагогічний контроль за учнями Виключення можливості вільного виходу учнів за межі території школи без дозволу адміністрації</p>	<p>Звичайний режим дня та система навчальної і виховної роботи Розвиток самостійності і педагогічний контроль за учнями Вільний вихід учнів за межі території школи</p>
<p>Навчально-виховний процес</p>	<p>Здійснюється за спеціальними навчальними планами й програмами для спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку I та II ступенів, затвердженими МОНМС України</p>	<p>Здійснюється відповідно до робочих програм та навчальних планів, складених на основі типових навчальних планів, затверджених МОНМС України</p>
<p>Напрями виховної роботи</p>	<ul style="list-style-type: none"> – корекційна робота з учнями – екологічне виховання – громадсько-патріотичне виховання – морально-етичне виховання – правове виховання – трудове виховання – профорієнтаційна робота – художньо-естетичне виховання – фізичне вдосконалення і виховання потреби здорового способу життя – розумове виховання – родинне виховання – пропаганда здорового способу життя 	<ul style="list-style-type: none"> – екологічне виховання – громадсько-патріотичне виховання – морально-етичне виховання – правове виховання – трудове виховання – профорієнтаційна робота – художньо-естетичне виховання – фізичне виховання – розумове виховання – родинне виховання – пропаганда здорового способу життя

<p>Пріоритети на сучасному етапі</p>	<ul style="list-style-type: none"> – корекційна робота з учнями даної школи – реалізація науково-пізнавального потенціалу освітніх галузей – використання пошуково-краєзнавчого та місцевого матеріалу з метою піднесення ефективності навчально-виховного процесу – використання сучасних інформаційних технологій в навчально-виховному процесі школи – розвиток у дітей творчих здібностей, підтримка обдарованих дітей – соціальна адаптація учнів 	<ul style="list-style-type: none"> – реалізація науково-пізнавального потенціалу освітніх галузей – використання пошуково-краєзнавчого та місцевого матеріалу з метою піднесення ефективності навчально-виховного процесу – використання сучасних інформаційних технологій в управлінській діяльності та в навчально-виховному процесі школи – розвиток у дітей творчих здібностей, підтримка обдарованих дітей
--------------------------------------	--	---

Теоретичною основою процесу навчання у спеціальних школах є концепції, розроблені відомим психологом Л.С. Виготським, про наявність у дитини (у тому числі й аномальної) двох своєрідних рівнів розвитку пізнавальних можливостей – рівня актуального (уже досягнутого) розвитку, спираючись на який дитина може повністю самостійно виконувати ті або інші завдання, і зони найближчого розвитку, що відображає її потенційні можливості, реалізувати які дитина зараз може при наданні їй тієї або іншої педагогічної допомоги.

Діти з обмеженими можливостями зазнають труднощі у сприйнятті, осмисленні, запам'ятовуванні навчальної інформації, у застосуванні знань на практиці. У багатьох випадках має місце своєрідність у здійсненні дітьми цілеспрямованої діяльності, розвитку їх пізнавальних інтересів, ставленні до навчання. Усі ці труднощі можуть бути подолані систематичним і цілеспрямованим проведенням в процесі навчання у спеціальних школах **корекційної роботи**, яка стимулює компенсаторний розвиток пізнавальної діяльності дітей з порушеннями ПФР. Унаслідок цього усі питання, пов'язані з особливостями навчання в спеціальних школах, корекційна педагогіка розглядає під кутом зору корекції. Провідними принципами навчання в спеціальних закладах є:

1) *принцип корекційної спрямованості навчання* – специфічний для всіх типів спеціальних шкіл (порівняно із масовою школою). Виконує найважливішу роль для досягнення цілей навчання дітей з обмеженими можливостями. Реалізація даного принципу припускає таку постановку навчального процесу, за якої в максимально можливому ступені виправляються недоліки розвитку, характерні для дітей з тими або іншими дефектами, розширюються їх пізнавальні можливості;

2) *принцип свідомості та активності навчання* припускає засвоєння дітьми інформації на основі її розуміння, а не механічного заучування, максимальної і цілеспрямованої активності дітей у різних видах навчальної діяльності, позитивного та свідомого ставлення до процесу навчання. Недостатність осмислення знань, розрив між узагальненнями й конкретними фактами, які характерні для дітей з порушеннями ПФР, байдужість до процесу навчання, невпевненість у своїх силах ускладнюють реалізацію даного принципу в спеціальних школах. Проте за відповідних умов корекційного навчання ці труднощі можуть бути успішно подолані;

3) *принцип наочності у навчанні*, який припускає широке використання безпосереднього сприйняття учнями предметів та явищ дійсності в їх натуральному вигляді або в зображеннях, які мають величезне значення для формування правильних уявлень про навколишній світ і створює необхідні передумови для розвитку мислення школярів, оволодіння ними понятійними знаннями. Але при ураженнях аналізаторів у дітей із сенсорними дефектами застосування наочності доцільне тільки при використанні спеціальних засобів, спрямованих на компенсацію порушених функцій, на повніше використання аналізаторів, які мають бути збережені (для сліпих – рельєфні географічні карти, глобус; для глухих – звукопідсилювальна апаратура; для дітей з інтелектуальною недостатністю – спеціальні прийоми, які забезпечують єдність чуттєвого та раціонального пізнання – від конкретних образів до узагальнених уявлень і понять);

4) *принцип науковості та систематичності*. Учні всіх типів спеціальних шкіл у тому або іншому обсязі вивчають основи наук і отримують знання відповідно до принципу науковості та систематичності навчання. Вони повинні бути науково достовірними та надаватися в тій послідовності й системі, яка відповідає логіці даної науки;

5) *принцип доступності навчання* – успішність засвоєння знань залежить від того, наскільки зміст навчального матеріалу, який вивчається, відповідає пізнавальним можливостям даного контингенту учнів. Доступність навчання дітей з порушеннями ПФР загальноосвітніх предметів забезпечується також і спеціальними прийомами викладання. Чим сильніше виражені відхилення в розвитку різних категорій дітей з обмеженими можливостями, тим більші особливості змісту їхнього навчання. Наприклад, у спеціальних школах для розумово відсталих дітей навчальні предмети вивчаються в меншому обсязі, ніж у масовій школі. Не вимагається засвоєння складного абстрактного матеріалу, багатьох теоретичних закономірностей та ін. Ряд предметів, які вивчаються в масових школах (фізика, хімія, іноземна мова та ін.), відсутні в навчальному плані спеціальних шкіл. Система наукових знань для розумово відсталих дітей є значно спрощеною;

б) *принцип міцності засвоєння знань і способів діяльності* – увага надається багаторазовому та різноманітному повторенню навчального матеріалу, розвитку логічної пам'яті учнів, що допомагає корегувати недоліки запам'ятовування, збереження та відтворення інформації, які характерні для розумово відсталих дітей;

7) *принцип індивідуального підходу* до учнів, реалізація якого в спеціальній школі організаційно передбачає певні умови, зокрема, значно менша (порівняно з масовою школою) наповнюваність класів, індивідуальні заняття корекційно-розвивального характеру – логопедична робота, заняття з розвитку залишкових функцій порушених аналізаторів, лікувальна фізкультура.

У процесі фронтальної роботи з класом учитель-дефектолог, крім індивідуального підходу до дітей, що ґрунтується на знанні різноманітних особливостей кожного з них, здійснює і диференційований підхід до певних груп учнів одного й того самого класу, що розрізняються типологічними особливостями пізнавальної діяльності.

У цілому, у кожному з принципів, на яких ґрунтується навчання дітей з обмеженими можливостями, чітко виражена основна ідея спеціальної дидактики – необхідність корекційної дії навчання на хід розвитку дитини й використання всіх можливостей, які містяться в змісті та методах навчання, для максимальної інтенсифікації такої дії.

Зауважимо, що, ураховуючи особливості розвитку дітей із порушеннями ПФР, корекційне навчання не пристосовується до дефекту, не підкоряється йому, а передбачає його подолання.

Контрольні запитання та завдання

1. Назвіть основні положення системи корекційної освіти.
2. Розкрийте структуру корекційної освіти.
3. Охарактеризуйте форми корекційної освіти.
4. Охарактеризуйте горизонтальну структуру корекційної освіти в Україні.
5. Які типи закладів для дітей з порушеннями в розвитку створено в системі міністерств освіти і науки, молоді та спорту; охорони здоров'я; соціальної політики України?
6. Охарактеризуйте принципи виховання дітей з порушеннями ПФР. Наведіть приклади їх практичного застосування.
7. У чому полягає принципова спільність завдань виховання учнів спеціальних і масових шкіл?
8. Визначте основні особливості процесу навчання дітей з обмеженими можливостями.
9. Охарактеризуйте провідні принципи навчання в спеціальних закладах.
10. Розкрийте принцип корекційної спрямованості навчання дітей з обмеженими можливостями.

Література

1. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1973. – 175 с.
2. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.
3. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / В. А. Липа. – Донецк : Лебідь, 2002. – 327 с.
4. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика) / под ред. Б. П. Пузанова. – М., 2001. – 287 с.
5. Обучение детей с проблемами развития в разных странах мира : Хрестоматия / сост. Л. М. Шипицына. – СПб., 1997. – 256 с.
6. Основы спеціальної дидактики / за ред д. пед. н., проф. І. Г. Єременка – 2-е вид. – К. : Рад. школа, 1986 – 200 с.
7. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова, И. В. Белякова – М. : Флинта, 2000. – 104 с.

8. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребёнка : пособие для учителя дефектолога / под ред. Л. М. Шипицыной. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 528 с.

9. Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації // Інформаційний вісник. – 2004. – № 7. – С. 28–36.

10. Родименко І. М. Обласний психолого-медико-педагогічний центр : наук.-метод. посібн. / І. М. Родименко. – К. : Генеза, 2005. – 192 с.

11. Специальная педагогика / под ред. Н. М. Назаровой. – М., 2003. – 352 с.

РОЗДІЛ XI. ВІДБІР ДІТЕЙ ДО СПЕЦІАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

11.1. Принципи відбору дітей до спеціальних закладів

На сучасному етапі розвитку нашої держави проблеми освіти дітей із психофізичними вадами є надзвичайно актуальними. Система порушення психофізичних функцій потребує раннього діагностичного і корекційно-розвивального втручання. Без такої психолого-педагогічної допомоги подальше навчання та соціально-трудова адаптація дитини справді стають малоефективними.

Завдання психологічної діагностики в галузі корекційної педагогіки полягають у:

1) визначенні первинного порушення в розвитку, тобто того, для якої категорії аномального розвитку характерні відхилення, виявлені у дитини, яка обстежується;

2) визначенні ступеня первинного порушення, виявленні індивідуально-психологічних особливостей розвитку дитини;

3) визначенні умов виховання та індивідуальної програми розвитку;

4) оцінці динаміки психічного розвитку.

Відбір до спеціальних закладів має здійснюватися на підставі таких принципів:

– **принципу комплексності** обстеження дитини – означає, що достовірний висновок щодо особливостей її дефекту може бути зроблений тільки на підставі спільного висновку різних фахівців;

– **принципу всебічності і цілісності** – передбачає вивчення причин аномального стану і структури дефекту, оскільки окремі прояви і симптоми не дають повної картини дефекту розвитку в дитини. Встановлюється не лише діагноз, а й визначається структура дефекту дитини і збережені особливості;

– **принципу динамічності вивчення дитини** – обстеження організується таким чином, щоб виявити потенційні можливості її розвитку, а не тільки ті особливості, які відображають сформовані здібності. Тобто у процесі обстеження слід встановити як рівень актуального, так і зону найближчого розвитку дитини;

– **принципу індивідуального підходу** – передбачає встановлення контакту з дитиною, яка обстежується, урахування її стану, поведінки, індивідуальних особливостей;

– **принципу якісного аналізу** результатів обстеження полягає в оцінці не лише кінцевих результатів виконання дитиною завдань, а й

самостійність та використання допомоги, прийоми роботи, поведінки під час обстеження, вияв інтересу до роботи, цілеспрямованість, раціональність, планованість, тобто ті показники, які дають змогу точно встановити чи диференціювати діагноз.

11.2. Діяльність психолого-медико-педагогічної консультації

Для дітей з відхиленнями в розвитку величезне значення має рання діагностика. Чим раніше буде виявлений дефект у малюка і з ним почнуть працювати фахівці, щоб подолати або компенсувати аномалії, тим більш значущим буде результат цієї роботи. Причому важливо не тільки встановити наявність відхилення. Необхідно визначити його характер, структуру, якісні та кількісні показники, які можуть стати підставою для організації медичної та педагогічної допомоги дитині або для її направлення до відповідної установи.

Далеко не завжди можна прогнозувати можливість виявлення відхилень у розвитку дитини. Вони можуть мати місце й без помітних причин. Значуща роль у виявленні тих або інших аномалій розвитку дитини належить сім'ї. При постійному спілкуванні з малюком мати може помітити дещо специфічне в розвитку дитини, особливості її поведінки, що відрізняють її від інших дітей такого ж віку. Їй необхідно відразу ж звернутися до лікаря-фахівця: педіатра, психоневролога, невропатолога, офтальмолога та інших для встановлення наявності відхилення й отримання кваліфікованої допомоги.

Пізніше дитину слід направити до *психолого-медико-педагогічної консультації (ПМПК)*. До ПМПК направляються також діти з дошкільних установ у тих випадках, коли їхній стан викликає занепокоєння в педагогів та вихователів.

Обстеження дитини проводиться в обов'язковій присутності батьків або осіб, що їх замінюють. Якщо вирішується питання про направлення дитини до спеціального закладу до ПМПК мають бути подані такі документи:

- свідоцтво про народження дитини;
- історія розвитку (хвороби) дитини;
- розгорнута психолого-педагогічна характеристика із дитячого закладу, у якому перебувала дитина, що містить детальний аналіз розвитку дитини, її навчання і в якій зазначаються види педагогічної допомоги і їх ефективність;

- письмові роботи, малюнки, які показують динаміку розвитку дитини.

ПМПК створюються при місцевих управліннях освіти та науки. До складу ПМПК звичайно бувають включені психолог, лікар-психоневролог, психіатр, педагог молодших класів школи загального призначення, педагог-дефектолог та логопед. Очолює комісію, узагальнює матеріали та підбиває підсумки, тобто формулює висновок, найдосвідченіший член комісії. Найчастіше ним виявляється директор спеціальної школи.

Наявність таких спеціалістів дозволяє здійснювати процес обстеження дітей організовано, продуктивно, послідовно, комплексно; надає можливість проведення ранньої діагностики, одержання точних результатів.

Згідно з „Положенням про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації” їх діяльність спрямовується на:

- виявлення, облік, діагностичне обстеження дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку віком до 18 років;
- надання рекомендацій дітям спеціальних дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів, лікувальних закладів відповідного типу, установ та закладів системи праці та соціального захисту населення;
- надання індивідуальної корекційної допомоги та добір відповідних програм навчання дітей з вадами психофізичного розвитку;
- консультування батьків (осіб, які їх замінюють), педагогів, психологів, медичних працівників з питань навчання, виховання, соціальної адаптації та інтеграції в суспільне життя дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку;
- просвітницьку діяльність серед населення.

ПМПК вирішує низку складних і відповідальних **завдань**:

- встановлення діагнозу кожній дитині, яка звертається по допомогу;
- визначення індивідуальних характеристик, відхилень, встановлення загальної структури дефекту, а також можливостей просування дитини в плані загального розвитку;

- пошук системи засобів найбільш ефективного медикаментозного лікування, необхідного для покращення здоров'я дитини;
- затвердження шляхів і методів педагогічної дії, які сприятимуть корекції відхилень у розвитку, що властиві дитині, а також підвищенню її здатності до навчання й тим самим просуванню в загальному фізичному, розумовому та особистісному розвитку;
- формулювання порад на адресу батьків та вчителів у плані навчання та виховання дитини. Мається на увазі комплексна дія на її пізнавальну діяльність і емоційно-особистісну сферу.

Розв'язання всіх цих нелегких завдань не обов'язково припускає, що дитина, яка обстежується й характеризується істотними відхиленнями від нормального розвитку, повинна бути направлена до спеціального навчального закладу дошкільного або шкільного типу.

При сучасній організації освіти в нашій країні дитина зі спеціальними потребами за обов'язкового дотримання певних умов може знаходитися в масовому навчальному закладі (дитячому садку або школі) або навчатися вдома.

Членам ПМПК необхідно докласти всіх можливих зусиль для того, щоб їх висновок був правильним, повністю відповідав стану дитини, яка обстежується.

Робота в ПМПК передбачає дотримання таких основних принципів:

- *принципу комплексного вивчення*, який припускає всебічне обстеження дитини групою кваліфікованих фахівців;

- *принципу цілісного, системного вивчення кожної дитини*, який припускає виявлення не тільки особливостей її пізнавальної діяльності, але й своєрідності емоційно-вольового розвитку, моторики, поведінки, фізичного стану, які розглядаються в різних поєднаннях та взаємозв'язках;

- *принципу онтогенетичного підходу до дитини, яка вивчається* – припускає ретельне, всебічне вивчення всього життєвого шляху дитини, що прийшла на консультацію, у т.ч. раннього періоду розвитку, у тому числі й внутрішньоутробного, а також відомості про її батьків;

- *принципу детермінованого підходу* – визначення первинного дефекту, обумовленого ним вторинного дефекту, а також дефектів інших порядків;

➤ *принципу динамічного обстеження*, тобто вивчення дитини в процесі здійснення нею певної діяльності, умов завдань, які висуваються, надання різних видів допомоги або прямої підказки, що варіюються, тобто принципу експерименту, що навчає;

➤ *принципу індивідуального підходу до дитини*, який припускає визначення специфічних для неї потреб та напрямів необхідної допомоги шляхом узагальнення та систематизації всіх показників, одержаних при вивченні, тобто її індивідуальну ідентифікацію;

➤ *принципу єдності методологічної концепції* – об'єднує всіх членів ПМПК, обґрунтованість набору методик, які спрямовані на вивчення різних психічних функцій, пізнавальної діяльності в цілому та особистісних проявів дитини;

➤ *принципу різнорівневого кількісного та якісного оцінювання одержаних результатів*.

11.3. Роль педагога загальноосвітніх закладів у вирішенні проблеми відбору дітей

Найпершими, хто помічає проблеми і труднощі в розвитку дитини, є батьки, лікарі-педіатри, педагоги. Важливо, щоб і вихователі дошкільних закладів, і вчителі шкіл вчасно помічали проблеми поведінки дітей, труднощі в навчанні і радили батькам відвідати спеціалістів ПМПК. Саме вони допоможуть визначити, що спричинило труднощі чи вади в розвитку дитини, призвело до проблем шкільного навчання; порадять, які умови створити в сім'ї, дитячому садку, школі; нададуть корекційну допомогу або запропонують спеціальний заклад для цього (С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва, 2010).

Істотного значення для правильної постановки діагнозу, вибору форми організації навчання, реалізації індивідуального підходу набуває психолого-педагогічна характеристика на дитину, написана педагогами закладу, у якому вона перебувала (дитячий садок, школа). Адже в процесі систематичного навчання і виховання дитини найбільш яскраво виявляються її здібності, труднощі й проблеми. До складання цього документу може бути залучений і психолог, якщо він системно працював з дитиною.

Психолого-педагогічна характеристика має відповідати таким вимогам (С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва, 2010):

➤ *підсумок спостережень* – характеристика має бути результатом цілеспрямованих довготривалих спостережень, а

не одномоментного дослідження; необхідно показати як позитивну, так і негативну динаміку перебування дитини в закладі;

- *добір фактів* – характеристика має ґрунтуватися на фактичному матеріалі; слід описувати найбільш яскраві й типові приклади поведінки дитини, її труднощів, позитивного досвіду; не зазначати випадкові факти; уникати суб'єктивності й однобічності в доборі фактичного матеріалу; не нагромаджувати одноманітних фактів;
- *систематизація фактів і висновки педагога* – викладати факти слід послідовно, систематизовано; висновок має бути логічним завершенням системи описаних фактів;
- *характер викладу* – викладати слід просто, зрозуміло, уникати складних формулювань і незрозумілих громіздких термінів;
- *позитивні сторони дитини* – характеристика повинна містити інформацію не лише про труднощі й проблеми дитини, а й обов'язково про її позитивні, збережені можливості („пуди здоров'я” за Л.С. Виготським);
- *індивідуальна робота з дитиною* – слід зазначити, хто із фахівців (учитель, вихователь, логопед, психолог та ін.) працював з дитиною індивідуально, яка допомога надавалася, і якими є її результати;
- *обсяг характеристики* – психолого-педагогічна характеристика має бути короткою, але переконливою.

У психолого-педагогічній характеристиці мають бути відображені такі **відомості** про учня:

1. *Загальні відомості:*

- прізвище, ім'я, школа, клас;
- скільки років навчається у цьому класі;
- соціально-побутові умови в сім'ї;
- у скільки років вступив до школи і як був до неї підготовлений.

2. *Стан шкільних знань і навичок дитини:*

- успішність з кожного предмету окремо, що саме утруднює засвоєння дитиною того чи іншого предмету;
- ставлення дитини до невдач у навчанні;
- види допомоги, які надавалися дитині в подоланні прогалин та труднощів, наслідки цієї допомоги.

3. *Працездатність та поведінка дитини у класі:*

- розуміння дитиною вимог учителя;
- участь у роботі класу;
- стан працездатності дитини в класі (цілеспрямованість, ступінь розвитку уваги, темп роботи, наполегливість, уміння доводити розпочату роботу до кінця, що саме втомлює дитину).

4. *Загальна характеристика особистості дитини:*

- негативні та позитивні риси характеру дитини;
- загальний рівень розвитку;
- інтереси та потреби;
- взаємини з колективом (з ким товаришує; якщо конфліктує з однолітками, то зазначити причини конфліктів).

У підсумку викладу вчитель може викласти свої припущення щодо причин, які обумовлюють відставання дитини в розвитку, труднощі та прогалини у навчанні. Проте жодних діагнозів, навіть як припущення, педагог не формулює, оскільки вада дитини, **її конкретний клінічний діагноз встановлюються колегіально працівниками ПМПК**, на підставі ґрунтовного вивчення матеріалів особової справи, картки розвитку дитини, медичних документів, продуктів навчальної діяльності, психолого-педагогічної характеристики та результатів дослідження дитини.

Контрольні запитання та завдання

1. Визначте завдання психологічної діагностики в галузі корекційної педагогіки.
2. Назвіть принципи відбору дітей у заклади корекційної освіти.
3. Які документи необхідні у ПМПК при вирішенні питання про направлення дитини у спеціальний заклад?
4. Визначте основні завдання та напрями діяльності ПМПК.
5. Охарактеризуйте основні принципи роботи ПМПК.
6. Визначте роль вихователя дітей дошкільного віку, учителя та психолога загальноосвітньої школи у розв'язанні проблеми відбору дітей у спеціальні заклади.
7. Яким вимогам має відповідати психолого-педагогічна характеристика на дитину, що готується на ПМПК?

8. Розкрийте зміст психолого-педагогічної характеристики на дитину, що готується на ПМПК.

Література

1. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1973. – 175 с.
2. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.
3. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / В. А. Липа. – Донецк : Лебідь, 2002. – 327 с.
4. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика) / под ред. Б. П. Пузанова. – М., 2001. – 287 с.
5. Обучение детей с проблемами развития в разных странах мира : Хрестоматия / сост. Л. М. Шипицына. – СПб., 1997. – 256 с.
6. Основы спеціальної дидактики / за ред д. пед. н., проф. І. Г. Єременка – 2- е вид. – К. : Рад. школа, 1986 – 200 с.
7. Основы корекційної педагогіки : навчальний посібник / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвеева; за заг. ред. С. П. Миронової. – Кам'янець-Подільський : К-ПНУ ім. І. Огієнка, 2010. – 264 с.
8. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова, И. В. Белякова – М. : Флинта, 2000. – 104 с.
9. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребёнка : пособие для учителя дефектолога / под ред. Л. М. Шипицыной. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 528 с.
10. Родименко І. М. Обласний психолого-медико-педагогічний центр : наук.-метод. посібн. / І. М. Родименко. – К. : Генеза, 2005. – 192 с.

РОЗДІЛ XII. ОСОБИ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

12.1. Поняття про інклюзивну освіту, її мета та завдання

Згідно з демократичними та гуманістичними світовими стандартами нині людство переходить до нові світоглядної парадигми – „єдине суспільство, яке включає людей з різноманітними проблемами”. Сучасною світовою тенденцією є прагнення до деінституалізації та соціального інтегрування осіб з особливостями психофізичного розвитку. Формується нова культурна й освітня норма – повага до людей фізично та інтелектуально неповносправних.

Ратифікувавши основні міжнародні правові документи (Декларації ООН про права людини, про права інвалідів, Конвенцію ООН про права дитини), Україна взяла на себе зобов'язання щодо дотримання загальнолюдських прав, зокрема щодо здобуття якісної освіти дітьми з особливими освітніми потребами, у тому числі дітьми з порушеннями психофізичного розвитку.

Досвід багатьох країн доводить, що інтеграція дітей і молоді з особливими освітніми потребами найкраще відбувається в інклюзивних школах, які приймають усіх дітей певного району чи громади. Саме в таких умовах діти з особливими освітніми потребами можуть досягти найвищих результатів в освіті та соціальній інтеграції.

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання в умовах загальноосвітнього закладу (А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук, 2010).

З метою забезпечення рівного доступу до якісної освіти інклюзивні освітні заклади повинні адаптувати навчальні програми та плани, методи та форми навчання, використання існуючих ресурсів, партнерство з громадою до індивідуальних освітніх потреб і різних стилів навчання дітей з особливими освітніми потребами. Інклюзивні освітні заклади повинні забезпечити спектр необхідних послуг відповідно до різних освітніх потреб таких дітей.

За визначенням А.А. Колупаєвої, **інклюзивне навчання** (інклюзія *inclusion* (англ.) – „включення”) передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. Інклюзивне навчання – це гнучка, індивідуалізована

система навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах масової загальноосвітньої школи за місцем проживання. Навчання відбувається за індивідуальним навчальним планом, забезпечується медико-соціальним та психолого-педагогічним супроводом (А.А. Колупаєва, 2009).

А.А. Колупаєва (2009) зазначає, що в сучасній світовій освітній політиці, як підтверджують аналіз науково-педагогічних джерел і міжнародні нормативно-правові документи, розрізняють кілька підходів до надання освіти дітям з обмеженими можливостями здоров'я. Основні з них: *мейнстрімінг*, *інтеграція*, *інклюзія*. На тлі загальної термінологічної експансії англійської мови ця термінологічна лексика останнім часом досить широко почала вживатися і в Україні, утім іноді з досить суперечливою доречністю.

Так, *мейнстрімінг* (англ. *mainstreaming* – „загальний потік”) передбачає розширення соціальних контактів між дітьми з обмеженими можливостями здоров'я та їхніми однолітками. Здебільшого це позаурочна форма спілкування: участь у спільних масових заходах, перебування в літніх таборах, відвідування клубів за інтересами тощо.

Інтеграція (англ. *integration* – „цілий”) у науковій літературі характеризується багатьма теоретичними підходами до окремих її проблем, що відповідно ускладнює визначення та класифікацію її напрямів.

А.А. Колупаєва (2009) зазначає, що в загальновизнаному розумінні освітня інтеграція передбачає надання можливості учням з порушенням психофізичного розвитку навчатися у звичайних класах загальноосвітньої школи. При цьому діти мають опанувати програму масової або спеціальної школи. Їм надаються усталені освітні послуги. Як колективна форма освітньої інтеграції можуть функціонувати спеціальні класи (групи), у яких діти з особливостями психофізичного розвитку здобувають освітній рівень спеціальної школи-інтернату відповідного типу або загальноосвітнього закладу.

Термін „інклюзія” є відмінним від терміну „інтеграція” за своїм концептуальним підходом. Відмінність у підходах полягає у визнанні того факту, що ми змінюємо суспільство, аби воно враховувало й пристосовувалося до індивідуальних потреб людей, а не навпаки. Поняття „інтеграція”, „інклюзія” розглядаються як антонімічні щодо „сегрегації” і позначають відповідний поступ у розвитку системи одержання освіти особами з порушеннями. В узагальненому вигляді

схематично це можна зобразити в такий спосіб (А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук, 2010 (рис. 7)).

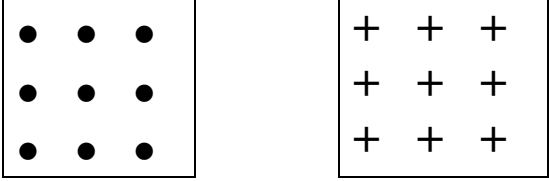
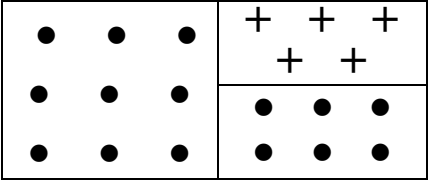
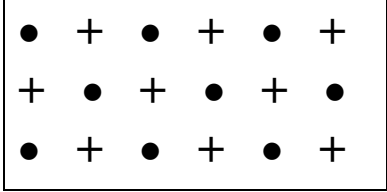
	СЕГРЕГАЦІЯ
	ІНТЕГРАЦІЯ
	ІНКЛЮЗІЯ

Рис. 7. Від сегрегації до інклюзії

Окремою формою інтеграції можна вважати навчання дітей з особливими освітніми потребами у спеціальних класах загальноосвітньої школи. Проте це не можна називати інклюзією. Практичний досвід такого навчання показує, що однолітки не починають частіше спілкуватися з дітьми з особливими освітніми потребами, що є однією із беззаперечних переваг інклюзивного навчання.

Концепція інклюзивної освіти відображає одну з головних демократичних ідей – усі діти є цінними та активними членами суспільства. Навчання в інклюзивних освітніх закладах – корисне як для дітей з особливими освітніми потребами, так і для інших дітей, членів родин і суспільства в цілому.

Інклюзивна освіта є підходом, що допомагає адаптувати освітню програму та освітнє середовище до потреб учнів, які відрізняються своїми навчальними можливостями. Вона є

позитивною не лише для дітей з порушеннями психофізичного розвитку, а й для їх здорових однолітків.

Основною метою інклюзивної освіти є досягнення якісних змін в особистісному розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Передбачається здійснення змін освітньої системи, а не дитини. Інклюзивна освіта визнає, що всі діти різні, а школи й освітня система повинні підлаштовуватися під індивідуальні потреби всіх учнів – з порушеннями розвитку і без них. Однак інклюзивність не означає асиміляцію чи прагнення зробити всіх однаковими, її ключовий компонент – *гнучкість*.

Переваги інклюзивної освіти:

- розуміння суспільством проблем інвалідності;
- солідарність між дітьми з особливими потребами та їх здоровими однолітками;
- формування в дитини з вадами розвитку моделі здорового повноцінного способу життя;
- створення умов для соціальної адаптації та найбільш повного розкриття свого потенціалу в дитини з вадами розвитку;
- зосередження уваги на можливостях і сильних сторонах особистості дитини;
- можливість усіх дітей жити разом із родиною;
- виховання в здорових дітей толерантності, комунікабельності, більш адекватної самооцінки, меншої агресії, вміння цінувати своє здоров'я;
- реальна інтеграція та суспільна адаптація.

Існуючі бар'єри:

- архітектурна недоступність шкіл;
- недостатність знань і навіть упередженість адміністрації та педагогів шкіл, батьків здорових учнів щодо проблем дітей із психофізичними порушеннями і неготовність до їхнього залучення в колектив здорових однолітків;
- відсутність знань у батьків дітей із психофізичними порушеннями про відстоювання прав дітей на освіту, страх перед системою освіти і соціальної підтримки;
- відсутність у школах достатньої матеріально-технічної бази для інклюзивної освіти (підручники, посібники, ТЗН, спеціальне обладнання);
- методична неготовність педагогів і психологів загальноосвітніх закладів;

- відсутність спеціальних посад (медики, спеціальні психологи, корекційні педагоги) у загальноосвітніх закладах для здійснення психолого-педагогічного супроводу дітей із психофізичними порушеннями.

Принципи інклюзивної освіти:

- цінність людини не залежить від її здібностей і досягнень;
- кожна людина є здатною відчувати і думати;
- кожна людина має право на спілкування й на те, щоб її почули;
- усі люди потребують один одного;
- справжня освіта може здійснюватися лише в контексті реальних взаємовідносин;
- усі люди потребують підтримки і дружби однолітків;
- для всіх учнів досягнення прогресу скоріше може полягати в тому, що вони можуть робити, ніж у тому, що не можуть;
- різноманітність посилює всі сторони життя людини.

Інклюзивна модель освіти передбачає участь в освітньому процесі ***вчителів підтримки*** (асистентів учителів – учителів-дефектологів), які забезпечують залучення всіх дітей до загальноосвітніх занять (допомагають волонтери, батьки, інструктори-практики). Учитель підтримки може бути додатковим помічником у навчальному процесі і займатися з одним-трьома учнями одного або різних класів.

Інклюзивне навчання може здійснюватись за однією з форм:

- *повна інтеграція*, за якою діти з психологічною готовністю до спільного навчання зі здоровими однолітками та рівнем психофізичного розвитку, що відповідає віковій нормі, по 1–3 особи долучаються до звичайних класів (груп) загальноосвітнього (дошкільного) навчального закладу; при цьому вони мають одержувати корекційну допомогу за місцем навчання та проживання;
- *комбінована інтеграція*, за якої діти з близьким до норми рівнем психофізичного розвитку по 1–3 особи долучаються до звичайних класів (груп) загальноосвітнього (дошкільного) навчального закладу; у процесі навчання вони постійно одержують допомогу вчителя-дефектолога (асистента вчителя);
- *часткова інтеграція*, за якої діти з особливостями психофізичного розвитку, неспроможні нарівні зі здоровими однолітками оволодіти освітнім стандартом, лише на частину дня долучаються до загальноосвітніх класів (груп) по 1–3 особи;

➤ *тимчасова інтеграція*, за якої діти з особливостями психофізичного розвитку об'єднуються зі здоровими однолітками 2–4 рази на місяць для проведення спільних виховних заходів.

Повна і комбінована норми інтеграції прийнятні для дітей з високим рівнем психофізичного і мовленнєвого розвитку; часткова і тимчасова доцільні для дітей з нижчим рівнем розвитку, зокрема для дітей з порушеннями інтелекту.

Інклюзивна освіта здійснюється через формування спеціального інклюзивного класу, наповнюваність якого має становити не більше ніж 20 учнів. У класі (групі) може бути не більше трьох дітей із психофізичними вадами, при цьому доцільно добирати дітей однієї категорії порушення (нозології).

У цілому для забезпечення ефективного інтегрованого чи інклюзивного навчання дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку, є необхідним створення відповідних умов:

- раннє виявлення вад розвитку і започаткування корекційної роботи;
- правильне діагностування розвитку дитини та врахування її можливостей;
- психологічна готовність дитини і її батьків до навчання спільно зі здоровими однолітками;
- тісна співпраця з батьками, надання їм необхідного мінімуму дефектологічних знань, психотерапевтичної і консультативної допомоги;
- відповідна підготовка педагогів загальноосвітніх закладів для здійснення фахового супроводу „інтегрованих” чи „інклюзованих” дітей;
- створення спеціальних умов у класі, школі (необхідне обладнання, охоронний режим тощо);
- підготовка здорових учнів класу до взаємодії з аномальною дитиною;
- супровід інтегрованого учня фахівцем-дефектологом, надання дитині кваліфікованої корекційної допомоги;
- забезпечення психологічного супроводу.

Як і в разі інтеграції навчання дітей здійснюється за навчальними планами і освітніми стандартами відповідних типів спеціальних шкіл або за індивідуальними планами й програмами з урахуванням категорії порушення. У процесі навчання і виховання реалізуються корекційні завдання.

Для учнів, не спроможних опанувати загальноосвітню програму, розробляються *індивідуальні навчальні плани* (висновок ПМПК, рішення педагогічної ради навчального закладу, а також за участю батьків дитини).

За умови відповідного висновку ПМПК в інклюзивних класах (групах) можуть навчатися діти: з порушеннями ОРА, діти з ДЦП; з порушеннями слуху; з важкими мовленнєвими порушеннями; з порушеннями зору; із затримкою психічного розвитку; з обмеженими можливостями розумового розвитку.

Ефективність інклюзивної освіти залежить від здійснення психолого-педагогічного супроводу, який має забезпечуватися скоординованими діями команди фахівців: учителя-дефектолога певної галузі, психолога, соціального педагога, лікаря, батьків дитини.

Таким чином, інклюзивна освіта повинна здійснюватися в інклюзивних школах (класах).

Інклюзивна школа – заклад освіти, який забезпечує інклюзивну освіту як систему освітніх послуг, зокрема: адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи та форми навчання, використовує існуючі в громаді ресурси, залучає батьків, співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей, створює позитивний клімат у шкільному середовищі (А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук, 2010).

Основні принципи інклюзивної школи:

- усі діти мають навчатися разом у всіх випадках, коли для цього існує можливість, незважаючи на певні труднощі чи відмінності між ними;
- школи мають визнавати і враховувати різноманітні потреби своїх учнів шляхом узгодження різних видів і темпів навчання;
- школи повинні забезпечувати якісну освіту для всіх, розробляючи відповідні навчальні плани, вживаючи організаційні заходи, розробляючи стратегії викладання, використовуючи ресурси і партнерські зв'язки зі своїми громадами;
- діти з особливими освітніми потребами мають отримувати будь-яку додаткову допомогу, яка може знадобитися їм у навчальному процесі;
- інклюзивні школи – найефективніший засіб, який гарантує солідарність, співучасть, взаємоповагу, розуміння між дітьми

- з особливими потребами та їхніми однолітками;
- школа адаптує навчальні програми та плани, навколишнє середовище, методи та форми навчання для дітей з особливими освітніми потребами;
- школа співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей;
- школа створює позитивний клімат у шкільному середовищі.

Як свідчать дослідження, в інклюзивних класах увага зосереджується насамперед на розвитку сильних якостей і талантів дітей, а не на їхніх проблемах. Взаємодія з іншими дітьми сприяє когнітивному, фізичному, мовленнєвому, соціальному та емоційному розвитку дітей з особливими освітніми потребами. При цьому діти з типовим рівнем розвитку демонструють відповідні моделі поведінки дітям з особливими освітніми потребами і стимулюють їх до розвитку та цілеспрямованого застосування нових знань і вмінь. Взаємодія між учнями з особливими освітніми потребами та іншими дітьми в інклюзивних класах сприяє налагодженню між ними дружніх відносин. Завдяки такій взаємодії діти вчаться природно сприймати і толерантно ставитися до людських відмінностей, стають більш чуйними, готовими до взаємодопомоги.

Для учнів з особливостями психофізичного розвитку необхідні спеціальні пристосування в приміщеннях закладу (ліквідація архітектурних бар'єрів, побудова пандусів, наявність туалетних кімнат, посилення освітлення навчальних приміщень, створення в класах (групах) ігрових куточків тощо, а за потреби – придбання спеціального адаптаційного обладнання.

В умовах інклюзивної системи навчання визнається та враховується різноманітність дитячого колективу, особливі освітні потреби задовольняються і в дітей з обмеженими можливостями здоров'я, і в дітей талановитих та обдарованих за допомогою індивідуалізованих методів навчання, адаптованих навчальних програм, спеціально розроблених та підібраних допоміжних навчальних матеріалів, додаткових посібників тощо.

Інклюзивне освітнє середовище змінює роль педагога звичайного навчального закладу. Він має сприймати учнів з особливими освітніми потребами, як і інших дітей у класі; залучати їх до спільних видів діяльності, ставлячи дещо інші завдання, до колективних форм навчання і групового розв'язування завдань; використовувати різноманітні стратегії колективної участі – ігри, спільні проекти, лабораторні дослідження тощо.

12.2. Досвід реалізації інклюзивної освіти в країнах Європи

Найвищі показники економічного зростання і соціального забезпечення, розвиненості демократичних інституцій і відповідно рівня освіти мають західноєвропейські країни. Саме вони є досить гомогенними в культурно-історичному, світоглядному, морально-етичному, економічно-політичному розумінні. Культурно-історична єдність країн Західної Європи як сталого, прогресивного, цивілізаційного утворення дає змогу досліджувати характерні риси західноєвропейського соціально-педагогічного простору, насамперед на прикладі країн-лідерів європейського співтовариства.

Західноєвропейські системи загальної середньої освіти, незважаючи на різноманітність типів та рівнів навчальних закладів, які опікуються освітою, у тому числі школярів з обмеженими можливостями, є одним із ключових елементів сучасної європейської моделі соціального устрою, яка виявляється привабливою для країн, що позбулися тоталітарних режимів, наразі й для України, з огляду на завдання та перспективи розв'язання назрілих педагогічних та соціальних проблем.

Відтак освітянський досвід цих країн, у тому числі пов'язаний з освітою дітей-інвалідів, цілком аргументовано є об'єктом різноаспектного вивчення.

Як засвідчив здійснений історико-аналітичний аналіз, у передових країнах Західної Європи, починаючи з 70-х років ХХ ст. відбувалася перебудова організаційних основ корекційної освіти, зокрема інтегроване та інклюзивне навчання дітей з особливостями розвитку визначене як основна форма здобуття освіти неповносправними. Соціально-політичні, педагогічні процеси, що відбуваються в нашій країні, актуалізують необхідність проведення порівняльно-теоретичного огляду впровадження інтегрованого та інклюзивного навчання в європейських країнах.

Визначальними є питання психолого-педагогічного супроводу учнів з особливими освітніми потребами, що перебувають в умовах інтегрованого та інклюзивного навчання. Аналіз досвіду саме цього аспекту спільного навчання дітей з особливостями розвитку та їхніх здорових однолітків має вагому значущість, оскільки надання психолого-педагогічної підтримки дітям з обмеженими можливостями здоров'я є найсуттєвішою диференціальною ознакою корекційної освіти. Тож досвід інклюзивного навчання в розвинених

країнах Західної Європи становить науковий інтерес (А.А. Колупасєва, 2007).

Австрія

У цій країні функціонувала добре відлагоджена система корекційної освіти, до складу якої входили спеціальні школи для дітей з порушеннями зору та слуху, порушеннями опорно-рухового апарату, інтелектуальними вадами, емоційно-вольовими розладами та комплексними порушеннями розвитку. Як зазначає відомий австрійський учений у цій галузі Н. Walker (1995), з кінця 40-х років і до початку 80-х ця система ставала все більше диференційованою та сегрегаційною. Однак уже у 80-ті роки почали організовуватися громадські співтовариства, до яких входили батьки дітей з особливостями розвитку, учителі, працівники різних медичних та освітянських установ, які керувалися ідеями рівноправності, у тому числі у здобутті освіти. Ці громадські організації виникали стихійно в різних провінціях, однак у 1983 р. вони об'єдналися в єдину спільноту і звернулися до Міністерства освіти з пропозиціями щодо проведення експерименту з інтегрованого навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку. Міністерство освіти Австрії підтримало цю ідею і виділило кошти та створило робочу групу, яка мала проводити експериментальні дослідження. До складу цієї групи ввійшли науковці, які працювали в галузі масової та корекційної освіти, адміністратори та педагоги масових і спеціальних шкіл, фахівці служб допомоги дітям з порушеннями розвитку та представники громадських організацій з-поміж батьків. Розроблена експериментальна програма передбачала апробацію чотирьох моделей інтегрованого навчання:

- 1) *інтегровані класи*. У класі навчалося 20 учнів, четверо з яких мали особливі освітні потреби. Навчання проводили два вчителі, один з яких був учителем спеціальної школи. Для дітей з особливостями розвитку розроблялася індивідуалізована навчальна програма, яка передбачала надання психолого-педагогічної допомоги;
- 2) *взаємодіючі класи*. Ця модель передбачала, що учні зі спеціальної школи та їхні однолітки з масової школи будуть проводити спільні заходи, спілкуватися під час позакласної роботи тощо, однак, увесь навчальний час проводять окремо;
- 3) *малокомплектні класи* – передбачали наявність спеціального класу в масовій школі у складі шести-одинадцяти учнів. Ці

класи переважно склалися з учнів із затримкою в розвитку пізнавальних процесів. Навчання таких школярів відбувалося за програмою масової початкової чотирирічної школи, однак термін навчання подовжувався до шести років;

- 4) звичайні класи, у яких учні з особливими освітніми потребами, їхні батьки та вчителі одержують допомогу від спеціально підготовлених шкільних консультантів.

У 1991 р. австрійський Центр експериментальної освіти та шкільного розвитку провів оцінювання всіх чотирьох експериментальних моделей. На думку експертів, найбільш дієвою моделлю стали інтегровані класи, модель із залученням шкільних консультантів найкраще зарекомендувала себе в сільській місцевості, не справили надій взаємодіючі та малокомплектні класи, від організації яких у подальшому взагалі відмовилися. У цілому проведений експеримент з інтегрованого навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку було оцінено як успішний, який дав поштовх до функціонування в країні 290 інтегрованих класів, 24 взаємодіючих класів, а також для запровадження посад корекційних педагогів (понад 3200 ставок), які працюють шкільними консультантами.

Австрійський учений Н. Walker (1995) зазначає, що найважливішими результатами проведеного експерименту стало переконання фахівців у галузі корекційної та масової освіти, що діти з особливими потребами можуть досягти успіхів, не тільки перебуваючи в системі корекційної освіти, успішність соціальної інтеграції дітей з порушеннями психофізичного розвитку визначається часом і тривалістю їх залучення до колективів здорових однолітків, батьки можуть стати партнерами та дієвими помічниками в навчанні дітей з особливостями розвитку, а педагоги спеціальних та масових шкіл, взаємодіючи, підвищують свою педагогічну майстерність.

Одним із наслідків проведення науково-пошукового експерименту державного значення стало прийняття Австрією у 1993 р. „Закону про освіту”, у якому законодавчо визнано право батьків на вибір навчальної установи для своєї дитини та регламентовано функціонування спеціальних та інклюзивних закладів. На сьогодні в спеціальних закладах навчаються лише діти зі значними порушеннями слуху, зору та інтелекту.

В освітній системі Австрії функціонують центри корекційної освіти, які несуть відповідальність за навчання дітей з особливими

потребами в масових загальноосвітніх закладах та координують роботу всіх фахівців, залучених до цього процесу. Фахівці цих центрів діагностують дітей, консультують учителів, надають навчально-методичну допомогу корекційним педагогам та батькам учнів з порушеннями розвитку, проводять семінари і тренінги з підвищення кваліфікації, співпрацюють з адміністративними місцевими службами, медичними центрами тощо. Психолого-педагогічну підтримку, у тому числі певні корекційно-реабілітаційні послуги, учням з особливими потребами в шкільних установах надають корекційні педагоги, які переважно є штатними працівниками школи. Корекційні педагоги мають функціональні обов'язки, які визначаються потребами школярів з обмеженими можливостями здоров'я. Ці фахівці можуть бути асистентами вчителів, зокрема вчителів-предметників, консультантами педагогів та батьків. У класі на них покладається відповідальність за навчання учнів з особливостями розвитку, яка поділяється разом з учителем класу. Тимчасову підтримку учням з особливими потребами можуть надавати профільні фахівці з медичних та медико-соціальних установ.

Бельгія

Правовою основою освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я у Бельгії є „Закон про спеціальну освіту”, прийнятий у 1970 р. Суттєві зміни до цього законодавчого акту було внесено Декретом Уряду від 28 липня 1978 р. Закон визначає основні положення здобуття освіти неповносправними у світлі загального реформування системи освіти, серед них – право батьків на вибір освітньої установи для своєї дитини. Як зазначають бельгійські вчені в галузі корекційної освіти J. Weiss, W. Werdajk (1981), шляхи здобуття освіти неповносправними визначались у Бельгії тривалий час. Ще в 1960 р. „Законом про освіту” було визначено необхідність створення служб психолого-медико-соціального супроводу, які б вирішували проблеми вибору освітнього маршруту дітей з особливостями психофізичного розвитку. Саме ці служби визначають майбутнє перебування дитини в спеціальних установах, де здобувають освіту 4% усіх дітей шкільного віку. У Бельгії функціонують вісім типів спеціальних закладів: для дітей з легким ступенем розумової відсталості, із середнім і важким, з емоційно-вольовими порушеннями та розладами поведінки, з фізичними

розладами, з порушеннями зору та слуху, із соматичними захворюваннями, з труднощами в навчанні.

Після проходження дітьми з порушеннями розвитку ретельного психолого-медико-соціально-педагогічного обстеження, яке відбувається в ПМС-центрах, робиться загальний висновок і надаються рекомендації щодо майбутнього навчання дитини. Батьки (опікуни) дитини беруть активну участь в обговоренні результатів та ухваленні кінцевого рішення щодо вибору освітнього закладу: масового чи спеціального. ПМС-центри функціонують у системі масової та корекційної освіти, їхня робота сфокусована на наданні допомоги школам, батькам і дітям з особливими освітніми потребами. Допомога школам спеціалістів ПМС-центрів полягає у визначенні освітнього маршруту дитини з особливими потребами (переведення її з одного закладу до іншого, з нижчого освітнього рівня на вищий), у складанні індивідуальних планів навчання, у проведенні корекційної роботи тощо. Під час роботи з батьками фахівці ПМС-центрів вичерпно інформують щодо надання освітніх, медичних та соціальних послуг дітям з особливостями розвитку в системі корекційної та загальної освіти, допомагають у прийнятті рішень щодо перебування їхньої дитини в певному навчальному закладі, допомагають в одержанні різних видів медичної та соціальної допомоги. Дітей, які потребують професійної допомоги, спеціалісти ПМС-центру детально обстежують та вивчають, надають їм консультації, проводять розвивально-корекційні заняття тощо.

Законодавчі освітні акти Бельгії передбачають певну свободу в організації освітніх закладів. Це муніципальні освітні заклади, фінансове забезпечення яких відбувається за рахунок місцевих органів самоврядування; громадські освітні заклади, які утримуються з допомогою громадських фондів, а також приватні заклади, фінансове утримання яких беруть на себе приватні особи та громадські організації, у тому числі релігійні.

Бельгійський „Закон про спеціальну освіту” законодавчо затвердив усунення бар’єрів між спеціальною та загальною системою освіти, передбачивши експериментально апробовані моделі спільного навчання дітей з особливими освітніми потребами разом зі своїми однолітками:

- 1) школярі з порушеннями розвитку навчаються в масових школах, а психолого-медико-соціальний супровід їм забезпечують фахівці ПМС-центрів;

2) учні з порушеннями відвідують заняття із загальноосвітніх предметів у масовій школі, а спеціальні додаткові або корекційні заняття – у спеціальній школі;

3) учні з порушеннями розвитку певний час навчального року навчаються в масовій школі.

Закон передбачає безкоштовне обов'язкове навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку (з 6 до 18 років) терміном 12 років, хоча за певних обставин він може бути подовжений; географічну доступність та наявність у кожному районі країни всіх видів спеціальних шкіл.

При наданні можливостей дитині з порушеннями розвитку інтегровано навчатися всі учасники цього процесу укладають угоду та розробляють індивідуальний навчальний план. Цей план складається з детального опису особливостей та потреб дитини, визначення додаткової допомоги, яку вона має одержувати, а саме хто її буде надавати, як часто та де.

У Бельгії основними службами підтримки дітей з особливими потребами в умовах сумісного навчання є психолого-медико-соціальні центри, які забезпечують надання спеціальних додаткових послуг учням, які того потребують. Залежно від кількості школярів з особливостями розвитку в певній місцевості організовуються ПМС-центри різного підпорядкування (позашкільні та шкільні). Фахівці центру надають психолого-педагогічну та медико-соціальну допомогу учням з порушеннями розвитку та їхнім сім'ям, консультують батьків, надають навчально-методичну допомогу вчителям, однак основна спрямованість їхньої роботи – це діти з особливими потребами. У Бельгії функціонують служби різного підпорядкування (Міністерств охорони здоров'я, соціального забезпечення), які в разі необхідності надають додаткові спеціальні послуги дітям з обмеженими можливостями здоров'я та сім'ям, у яких вони проживають.

У школах з інклюзивним навчанням працюють корекційні педагоги на штатних засадах та за угодами зі спеціальних шкіл. На перших етапах навчання корекційні педагоги проводять індивідуальні заняття з дітьми з особливостями психофізичного розвитку, пізніше до обов'язків корекційного педагога входить ознайомлення вчителя з проблемами дитини, залучення його до роботи з використанням певних методів та прийомів навчання, надання консультацій. Залучення до навчального процесу педагогів зі спеціальних шкіл дає можливість використовувати досвід і знання та

усувати бар'єри між корекційною та загальною освітою. Діти з особливостями розвитку, що були переведені зі спеціальних шкіл, протягом першого року навчання продовжують одержувати необхідну спеціальну допомогу, далі ця допомога надається індивідуально та за потреби. Адміністративні органи несуть повну фінансову та організаційну відповідальність за кожного інтегрованого учня і сприяють задоволенню його особливих потреб.

Швеція

Ратифікація Швецією міжнародних угод про здобуття освіти неповносправними сприяла визначенню нового стратегічного напрямку освітньої політики держави. Так, Міністерство освіти в 1980 р. затвердило нормативно-правовий документ під назвою Навчальний план, який дав можливість учням з особливостями психофізичного розвитку навчатися в масових закладах. Так, з 1986 р. у країні розформовані спеціальні школи для дітей з порушеннями зору, усі діти з ослабленим зором навчаються в школах за місцем проживання, а необхідну допомогу одержують у Національному медичному центрі та його філіях.

У 1989 р. ухвалений новий „Закон про середню освіту”, у якому визначено інклюзивне навчання основною формою здобуття освіти неповносправними. Значно збільшивши фінансування масових шкіл, де навчалися учні з особливостями розвитку, уряд підтримав законодавчі ініціативи. У цей період був затверджений новий освітній стандарт, який визначав обов'язковий обсяг знань для учнів, що закінчили п'ятий та дев'ятий класи. Це дало можливість педагогам розробляти індивідуальні навчальні плани та працювати за ними зі школярами з особливими освітніми потребами за з урахуванням їхніх можливостей та потреб.

З 1995 р. у країні функціонує лише чотири типи спеціальних шкіл: для дітей з помірною розумовою відсталістю, з легкою розумовою відсталістю, з труднощами в навчанні та для дітей з комплексними порушеннями. Сьогодні тенденції у шведській освіті визначають курс на повне розформування спеціальних шкіл і створення на їхній базі ресурсних центрів.

Шведська модель психолого-педагогічного та медико-соціального супроводу дітей з особливими освітніми потребами передбачає використання спеціальної допомоги як позашкільних служб, так і фахівців, що працюють за угодами в навчальних закладах, зокрема асистентів педагога. У всіх територіальних округах

країни функціонують Центри дитячої реабілітації, співробітники яких надають необхідну допомогу дітям з обмеженими можливостями. Саме ці фахівці входять до основного складу групи спеціалістів, що визначають освітній маршрут дитини з особливими потребами, розробляючи індивідуальні навчальні програми навчання з наданням відповідних реабілітаційно-корекційних послуг, хоча основне навантаження, як і відповідальність за навчання, покладена на вчителя-класовода.

Шведське агентство спеціальної освіти, підпорядковане Міністерству освіти країни, відповідає за надання підтримки сім'ям дітей з особливостями розвитку та освітнім закладам, де вони навчаються. Радники цих агентств опікуються дітьми з особливими освітніми потребами, допомагаючи муніципальним органам влади забезпечити всі умови для навчання таких школярів, урахувавши проведення курсів підвищення кваліфікації педагогів та асистентів педагогів, батьків дітей та всіх фахівців, які залучені до цього процесу.

Отже, у передових країнах Західної Європи, починаючи з 70-х років ХХ ст., на тлі економічного зростання, розвитку суспільних демократичних відносин, посилення громадських ініціатив у напрямі захисту прав дітей з обмеженими можливостями здоров'я, зокрема щодо здобуття освіти, відбувалася організаційна перебудова освітньої галузі. Реорганізація та реформування відбувалося після ратифікації міжнародних декларацій, що засвідчували рівність прав на здобуття освіти всіма громадянами без винятку. Ухвалення освітніх законів, які стали засадничою нормативно-правовою основою спільного навчання дітей з обмеженими можливостями та їхніх однолітків, зумовило шкільне реформування, шляхи проведення якого в європейських країнах дещо відрізняються.

Аналіз досвіду навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку у країнах Європи свідчить про те, що в переважній більшості з них інклюзивне навчання є основною формою здобуття освіти неповносправними. Однак, слід зазначити, що діти з особливими освітніми потребами мають можливість здобувати освіту і в спеціальних навчальних закладах, і в закладах масового типу.

12.3. Інклюзивна освіта в Україні

Конвенція ООН про права дитини як документ міжнародного рівня автоматично ставить вимоги до кожної держави щодо приведення національного законодавства у відповідність до цієї „всесвітньої конституції прав дитини”. Україна на цьому шляху робить свої прогресивні кроки. За останні роки набуває інтенсивного розвитку державна підтримка дітей з особливостями психофізичного розвитку, сприяння втіленню прогресивних ідей у практику.

Проблема інклюзивної освіти чітко окреслилася наприкінці 90-х років. Саме в той час багато дітей з особливими потребами прийшли навчатися до загальноосвітніх шкіл. Цьому сприяли як економічні фактори, так і досвід зарубіжних країн, привнесений до нас.

У той час вчителі загальноосвітніх навчальних закладів просто не знали, що їм робити з такими дітьми, як їх навчати. До того ж прийнято було вважати, що всі ті, хто потрапляє до категорії дітей з особливими потребами, повинні навчатися в спеціальних школах, а решта – у звичайних.

І тут особливу роль належить батькам дітей з особливими потребами. Саме вони започаткували рух за доступність звичайних шкіл та дитячих садків для своїх дітей. Об'єднуючись у громадські організації чи просто батьківські групи, вони крок за кроком просували інклюзію як систему навчання. Поступово накопичувався досвід, який з часом став у нагоді всім причетним до інклюзивної освіти.

У 2000 р. Всеукраїнський фонд „Крок за кроком” ініціював разом з Міністерством освіти і науки України можливість пропілотувати в експериментальному режимі інклюзивну освіту як систему навчання та надання спеціальних послуг дітям з особливими потребами за місцем їх проживання.

Знадобився цілий рік на підготовку експериментальної програми, залучення зацікавлених шкіл та дитячих садків. З 2001 р. Міністерство освіти і науки України спільно з Інститутом спеціальної педагогіки НАГІН України та за підтримки Всеукраїнського фонду „Крок за кроком” запровадили науково-педагогічний експеримент „Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей з особливостями психофізичного розвитку шляхом організації їх навчання в загальноосвітніх навчальних закладах”. Експериментальна програма була розгорнута у 27 навчальних закладах у восьми регіонах України. Вона охопила 178 дітей, 393 педагогічних працівники

пройшли курс навчання за програмою „Залучення дітей з особливими потребами”. І саме тоді уперше заговорили в Україні про „інклюзивну” освіту (А.А. Колупаєва, 2009).

Метою експерименту були розроблення та реалізація механізму інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади, ранньої інтеграції цих дітей у соціальне середовище з урахуванням їх типологічних та індивідуальних особливостей. Експеримент поділено на три терміни: організаційний, експериментально-інформаційний та аналітично-узагальнювальний.

За час реалізації першого етапу експерименту у 2001–2002 рр. було розроблено програму та складено план дослідницької діяльності, затверджено склад учасників експериментальної роботи, розроблено програму підготовки вчителів, вихователів класів (груп) інклюзивного навчання.

Другий етап експерименту – експериментально-інформаційний (формувальний експеримент) – проходив у 2003–2005 рр. Було розроблено методичні рекомендації для педагогічних працівників експериментальних шкіл з питань змісту й технологій інклюзивного навчання; підготовлено та апробовано методичні матеріали, посібники. На постійній основі здійснювалися консультації наставників і фахівців, команди закладів освіти розробляли індивідуалізовані навчальні плани для дітей з особливими освітніми потребами.

За даними цього дослідження, батьки дітей з особливими освітніми потребами переконані, що найсприятливішими умовами для виховання й навчання їхніх дітей є звичайні школи, де вони можуть успішно покращувати свої вміння та навички, товаришувати з однолітками та почуватися в безпеці. Переважна більшість батьків є активними учасниками проекту: вони самі часто беруть участь у навчальному процесі та постійно отримують інформацію про те, як можна навчати дитину вдома. Діти з особливими потребами стали частіше спілкуватися з однолітками, вони не лише відгукуються на пропозиції здорових однолітків, а й часто самостійно ініціюють спільні справи, акти спілкування. Відбулися позитивні зміни в розвитку навчальних умінь і навичок, мистецькому й творчому самовираженні. Кожна дитина з особливими потребами за період перебування в проекті досягла власного прогресу залежно від особливостей її психічного розвитку, зокрема потенційної зони розвитку. Експеримент був завершений у 2007 р.

У межах програми „Інклюзивна освіта” Фондом „Крок за кроком” також було реалізовано проекти „Реалізація прав людини через рівний доступ до якісної освіти” (2001–2002), „Змінимо світ для дітей з особливими потребами – кроки до партнерства” (2002), „Адвокатство батьків – отстоювання права на інклюзивну освіту для дітей з особливими потребами” (2003), „Розвиток модельних центрів інклюзивної освіти для дітей з особливими потребами” (2003–2005), „Створення ресурсних центрів для батьків дітей з особливими потребами” (2005–2007).

З упевненістю можна констатувати, що перший крок в Україні було зроблено вдало – напрацьований практичний досвід, є перші дослідження, які засвідчують, що інклюзивна освіта має переваги для всіх учасників навчального процесу.

Уперше в тексті Закону про загальну середню освіту закріплено термін „класи з інклюзивним навчанням”. Досі в нашому законодавстві такого терміна не вживали, і тому негласно діяло правило – немає терміна, тобто законодавчого підкріплення, отже, немає про що і говорити.

Інша новація – розроблення Концепції про інклюзивну освіту.

Розроблення цього документа – приклад співпраці різних організацій, об’єднаних однією метою – потребою розвитку інклюзивного суспільства, яке приймає та цінує кожну людину такою, якою вона є, поважаючи її таланти та відмінності, створюючи умови для розвитку. Об’єдналися такі організації, як Інститут спеціальної педагогіки Академії педагогічних наук, Національна Асамблея інвалідів України, громадські організації, які входять до Коаліції захисту прав людей з інтелектуальною недостатністю, просто педагоги та батьки дітей з особливими потребами (А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук, 2010)

В Україні також створюються інклюзивні ресурсні центри. Створення інклюзивних ресурсних центрів – це приклад пошуку таких моделей надання послуг дітям з особливими потребами та їхнім батькам, які враховують українські реалії. Створення подібних центрів відбувається на базі ПМПК. Також планується випробувати моделі надання допомоги спеціалістами в умовах загальноосвітнього закладу – як дітям, так і тим педагогам, які працюють в інклюзивному класі. Йдеться про своєрідну інтеграцію корекційних педагогів до роботи в умовах інклюзивного класу та школи.

Особливо важливо зазначити, що в Україні створюється законодавче забезпечення інклюзивної освіти.

Приклад плану дій, який стосується впровадження системи інклюзивного навчання наведено в табл. 5.

Таблиця 5. План дій з науково-методичного та психолого-педагогічного супроводу впровадження інклюзивного навчання

Напрями	Шляхи вирішення
Започаткування експерименту	Розроблення та апробація науково-методичних матеріалів психолого-педагогічного супроводу впровадження інклюзивного навчання
Інформаційне забезпечення впровадження інклюзивної освіти	Створення сторінки „Інклюзивна освіта” на освітньому порталі для педагогічних працівників, батьків і громадськості. Організація консультативно-роз’яснювальної роботи серед керівників навчальних закладів, педагогів та батьків
Підвищення кваліфікації педагогічних працівників	Розроблення та викладання спецкурсів із упровадження інклюзивного навчання в рамках підвищення кваліфікації педагогічних працівників. Проведення тематичних курсів для педагогічних працівників навчальних закладів, у яких впроваджується інклюзивне навчання. Організація та проведення семінарів, навчальних тренінгів, методичних нарад із проблем упровадження інклюзивного навчання. Розроблення та видання навчально-методичної літератури
Створення психологічного поля щодо впровадження інклюзивного навчання в освітніх закладах	Підготовка працівників психологічної служби до участі в навчально-виховному процесі, у якому задіяні діти з особливими освітніми потребами шляхом: – формування в громадськості нової філософії державної політики щодо включення дітей із особливостями в розвитку в єдиний освітній простір навчального закладу; – розвиток комунікативних компетенцій у педагогів, батьків та дітей у закладах, де впроваджується інклюзивне навчання; – розроблення проекту включення дітей із особливими потребам в освітній простір навчального закладу

У грудні 2009 р. Україна ратифікувала Конвенцію про права людей з інвалідністю. У ній однією з вимог є забезпечення

„розумного пристосування”, тобто забезпечення змін у всіх сферах життя, які б давали можливість людям з інвалідністю, у тому числі дітям з особливими потребами, брати активну участь у суспільній діяльності та отримувати послуги нарівні з іншими. Звичайно, це також стосується системи освіти. Йдеться не лише про питання архітектурної доступності шкіл, а й про зміни у навчальних програмах, методах навчання, формах оцінювання, які б відповідали особливостям розвитку дітей. Конвенція стверджує, що недотримання вимоги про надання особі „розумного пристосування” прирівнюється до дискримінації на основі інвалідності.

Активізується робота з аналізу чинного українського законодавства та забезпечення необхідних змін освітньої політики стосовно дітей з особливими потребами.

Перспективними напрямами розвитку інклюзивної освіти є виразний пріоритет інклюзивного навчання, підтвердження права вибору батьками навчального закладу та форми навчання, більш категоричне визнання права на освіту всіх без винятку дітей, прагнення МОНМС України реформувати діяльність консультацій (ПМПК), зміщення їхніх пріоритетів із керування дітьми на достатньо тривале обстеження, розроблення індивідуальних програм реабілітації та консультування батьків.

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрийте визначення поняття „інклюзивна освіта”.
2. Назвіть мету та головні завдання інклюзивної освіти.
3. Визначте відмінності термінів „інклюзія” та „інтеграція”.
4. Обґрунтуйте переваги інклюзивної освіти.
5. Визначте існуючі бар’єри запровадження інклюзивної освіти.
6. Охарактеризуйте основні принципи інклюзивної освіти.
7. Назвіть форми, за якими може здійснюватись інклюзивне навчання.
8. Визначте умови ефективного інклюзивного навчання дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку.
9. Яку користь дає інклюзивне навчання дітям з порушеннями психофізичного розвитку та їхнім здоровим одноліткам?
10. Визначте роль учителя масової школи, психолога в реалізації інклюзивного навчання.

11. Розкрийте основні принципи інклюзивної школи.
12. Розкрийте досвід реалізації інклюзивної освіти в Австрії.
13. Розкрийте досвід реалізації інклюзивної освіти в Бельгії.
14. Розкрийте досвід реалізації інклюзивної освіти в Швеції.
15. Виконайте аналіз досвіду навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в країнах Європи.
16. Охарактеризуйте етапи впровадження інклюзивної освіти в Україні.
17. Розкрийте перспективні напрями розвитку інклюзивної освіти в Україні.

Література

1. Діти з особливими потребами у загальноосвітньому просторі: початкова ланка / за ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. – К., 2004. – 152 с.
2. Закон України „Про загальну середню освіту” // Відомості Верховної Ради. – 1999. – № 28. – С. 230–235.
3. Закон України „Про реабілітацію інвалідів в Україні” // Відомості Верховної Ради. – 2006. – № 2–3. – С. 36–42.
4. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади : монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Педагогічна думка, 2007 р. – 458 с.
5. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта : реалії та перспективи: монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Самміт-Книга, 2009. – 272 с.
6. Колупаєва А. А. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посіб. / А. А. Колупаєва, Л. О. Савчук. – К. : Наук. світ, 2010. – 196 с.
7. Концепція розвитку інклюзивної освіти / Наказ Міністерства освіти і науки України від 01.10.2010 № 912 [Електронний ресурс]: – Режим доступу: www.mon.gov.ua, 2010.
8. Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації // Інформаційний вісник. – 2004. – № 7. – С. 28–36.

9. Сак Т. Індивідуальний навчальний план учня з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі / Т. Сак, Р. Процюк // Дефектологія. – 2010. – № 3. – С. 12–16.

10. Learned helplessness in black and white children identified by their schools as retarded students / J. R. Weiss // Psychology in the Schools. – 1981. – № 28. – P. 165–171.

11. Walker H. M. Antisocial behavior in school: Strategies and best practice / H. M. Walker. – Pacific Grove, CA : Brooks/Cole, 1995. – 235 p.

РОЗДІЛ XIII. СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ВАЖЛИВА ГАЛУЗЬ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

13.1. Сутність і зміст соціальної реабілітації

Значна частина дітей із відхиленнями в розвитку, незважаючи на зусилля, які приймаються суспільством з метою їх навчання та виховання, виявляється невідповідною до інтеграції в соціально-економічне життя. Разом з тим, результати досліджень і практика свідчать про те, що будь-яка людина, яка має дефект розвитку, може за відповідних умов стати повноцінною особистістю, розвиватися духовно, забезпечувати себе матеріально та бути корисним суспільству.

Останніми роками в нашій країні стало помітнішим прагнення до того, щоб змінити ситуацію, яка склалася з навчанням та вихованням дітей з обмеженими можливостями, на краще. На державному рівні прийняті відповідні законодавчі акти відповідно до існуючої в Україні нормативно-законодавчої бази, яка містить такі документи:

- Всесвітню Декларацію про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей (1990);
- Закон України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” (1991);
- Закон України „Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні” (1993);
- Закон України „Про освіту” (1996);
- Указ Президента України „Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” (2000);
- Комплексну програму розв’язання проблем інвалідності (1992);
- Національну програму „Планування сім’ї” (1995);
- Національну програму „Діти України” (1996);
- Постанову Кабінету Міністрів України „Про стан державної молодіжної політики” (1999);
- Концепцію спеціальної освіти осіб із фізичними вадами в Україні на найближчі роки та перспективу (1996).

Складається система нового виду спеціалізованих установ – реабілітаційних центрів, які дозволяють комплексно вирішувати багато проблем. *Почала здійснюватися підготовка фахівців, які*

будуть забезпечувати соціальну реабілітацію дітей з обмеженими можливостями.

Проте проблема навчання, виховання та реабілітації дітей з обмеженими можливостями залишається складною. Щоб подолати негативні тенденції в підготовці названої категорії дітей до інтеграції в суспільство, потрібно розробляти нові теоретичні підходи до їх навчання, виховання та організації всієї життєдіяльності, які витікають із глибокого аналізу сучасних проблем корекційної освіти як у нашій країні, так і за кордоном. Причому це завдання повинне розв'язуватися з урахуванням всього комплексу медичних, педагогічних, економічних, соціальних, соціально-психологічних та інших проблем, які стосуються соціального захисту дітей з обмеженими можливостями, їх навчання, виховання, реабілітації та адаптації в соціальне середовище, а також соціально-економічних умов життя суспільства, які змінилися.

Важливе місце в комплексі названих складових компонентів підготовки дітей з обмеженими можливостями до інтеграції в соціальне середовище займають питання їх соціальної реабілітації.

Соціальна реабілітація – процес відновлення основних соціальних функцій особистості, її соціального статусу та включення її в систему громадських відносин завдяки спеціальним чином організованого навчання, виховання та створення для цього відповідних умов (Л.І. Акатов, 2003).

Поняття „соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я” можна розглядати в різних його варіантах: як процес, як кінцевий результат і як діяльність.

Соціальна реабілітація як процес є динамічною системою, у її ході здійснюється послідовна реалізація тактичних завдань, які постійно виникають у процесі взаємодії з дитиною на шляху до досягнення стратегічної мети – відновлення її соціального статусу.

Соціальна реабілітація як кінцевий результат – це досягнення її кінцевої мети, коли людина з обмеженими можливостями здоров'я після проходження комплексної реабілітації у відповідних реабілітаційних установах вливається в соціально-економічне життя суспільства та не відчуває своєї неповноцінності.

Соціальна реабілітація як діяльність стосується рівною мірою як особистості фахівця, який є її організатором, так і особистості дитини, включеної в соціально-реабілітаційний процес, яка виступає в ньому як суб'єкт діяльності та спілкування.

Соціально-реабілітаційна діяльність являє собою цілеспрямовану активність фахівця-дефектолога та дитини з обмеженими можливостями з метою підготовки останнього до продуктивного і повноцінного соціального життя за допомогою спеціальним чином організованого навчання, виховання і створення для цього оптимальних умов.

Соціально-реабілітаційна діяльність, як і будь-який інший вид діяльності, має свої якісні характеристики. Найзагальніші з них: цілеспрямованість (будується з урахуванням чітко визначеної мети), суб'єктивність (виявляється в проявах індивідуальності як фахівця із соціальної реабілітації, так і дитини, включеної в соціально-реабілітаційний процес), інтенсивність (обумовлена наявністю в кожного фахівця із соціальної реабілітації індивідуального стилю діяльності), динамічність (визначається поступальним рухом у реалізації поточних завдань у роботі з дитиною), ефективність (виявляється у співвідношенні досягнутого результату до максимально досяжного або наперед запланованого результату).

Дитина з обмеженими можливостями здоров'я потребує особливого підходу. Щоб ефективно управляти формуванням її особистості, потрібне глибоке знання психологічних закономірностей, які пояснюють специфіку розвитку дитини на всіх вікових етапах. Названі закономірності вивчає психологія. Отже, психологія щодо соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями є дисципліною, що становить її наукову основу. Без урахування закономірностей психічного та особистісного розвитку дитини соціально-реабілітаційна діяльність являтиме собою лише звід правил та прийомів, позбавлених конкретного змісту.

Діяльнісний підхід в соціальній реабілітації припускає розвиток і корекцію дитини з обмеженими можливостями тільки в процесі діяльності за допомогою спеціального навчання, у ході якого дитина опановує психологічними засобами, які дозволяють йому здійснювати контроль і керування своєю внутрішньою та зовнішньою активністю.

Особистісний підхід орієнтує фахівця із соціальної реабілітації на роботу з конкретною дитиною з її проблемами та особливостями, які обумовлені обмеженими можливостями життєдіяльності, на розвиток її як особистості, стійкої до соціальних знегод. Завдяки такому підходу дитина поступово стає господарем власного „Я”, суб'єктом діяльності та спілкування, отримує можливість спрямовувати свої зусилля на саморозвиток і самореалізацію. Щоб досягти мети соціальної реабілітації, необхідно сформулювати

особистість дитини як суб'єкта діяльності та спілкування.

Названі підходи, які розглядаються в єдності, визначають роль фахівця із соціальної реабілітації в загальній системі виховання дитини. Його завдання полягає в тому, щоб, використовуючи різні підходи, забезпечити в процесі різних видів діяльності та спілкування створення внутрішніх і зовнішніх умов для просування дитини з обмеженими можливостями в особистісному розвитку.

13.2. Основні напрями та принципи побудови процесу соціальної реабілітації

Головне завдання осіб, які працюють з дитиною, що має обмежені можливості, полягає в тому, щоб забезпечити позитивні зміни в її розвитку як особистості. Але для цього необхідні не разові та не односторонні заходи, а комплексний, системний підхід, який припускає облік як зовнішніх, так і внутрішніх чинників, що впливають на особистість. От чому діяльність фахівця із соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я повинна бути багатоплановою й охоплювати всі основні напрями соціально-реабілітаційного процесу:

1. Організаторська діяльність – це діяльність, спрямована на досягнення певної мети або цілей. Вона пронизує всі сфери життя людини й необхідна там, де виникає потреба керувати людьми або організовувати себе на виконання конкретних завдань. Даний напрям пов'язаний із усіма іншими напрямками соціально-реабілітаційної діяльності та виступає як необхідна, обов'язкова їх складова.

Організаторська діяльність являє собою реалізацію на практиці завдань соціальної реабілітації та умовою більш цілеспрямованого й реального проектування своєї діяльності. Власне, кожна дія фахівця із соціальної реабілітації має організаторський характер.

У структурі організації соціально-реабілітаційної діяльності можна умовно виділити два великі аспекти: підготовчий (конструктивний) і організаційний.

Підготовчий аспект являє собою діяльність, пов'язану з проектуванням, плануванням процесу соціальної реабілітації, визначенням його змісту, цілей та завдань; умов, змісту і форм проведення корекційних і розвивальних занять; участі дітей в ігровій, трудовій, обслуговуючій діяльності, варіанти організації міжособистісних відносин і т.ін. Готуючись до зустрічі з дітьми, фахівець із соціальної реабілітації підбирає методики й технології

взаємодії з ними, готує відповідне обладнання, обмірковує послідовність власних дій, а також дій кожної конкретної дитини та групи в цілому.

Організаційний аспект. Фахівець із соціальної реабілітації реалізує на практиці цілі й завдання соціальної реабілітації. Серед основних організаторських дій, які використовуються в роботі з людьми: прохання, поради, побажання, указівки, зауваження, вимоги.

2. Діагностика психічного та особистісного розвитку дитини. Мета діагностики – з'ясування за допомогою психодіагностичних засобів індивідуально-психологічних особливостей особистості, прогнозу подальшого розвитку й розроблення рекомендацій, які визначаються завданнями обстеження. Основними етапами психодіагностичного обстеження є: збір даних та їх обробка; встановлення психологічного діагнозу й визначення на його основі прогнозу розвитку.

Психологічна діагностика – невід'ємна частина процесу соціальної реабілітації. Її результати необхідні для:

- складання соціально-психологічного портрету дитини з порушеннями психофізичного розвитку;
- з'ясування сильних і слабких сторін в її розвитку як особистості;
- визначення змісту та форм соціально-реабілітаційної роботи, вибору засобів і форм психологічної корекції та особистісного розвитку дитини;
- встановлення зворотнього зв'язку, який сигналізує про зміни в психічному та особистісному розвитку на різних етапах процесу соціальної реабілітації.

Діагноз нерозривно пов'язаний із прогнозом. Згідно з теорією Л.С. Виготського, зміст прогнозу та діагнозу збігаються, але прогноз будується на вмінні настільки зрозуміти внутрішню логіку саморуху процесу розвитку, щоб на основі минулого й сучасного визначити шлях подальшого розвитку. Прогноз рекомендується розбивати на окремі періоди й здійснювати тривалі повторні спостереження.

3. Розвивальна й корекційна діяльність. Цей напрям є центральним у соціально-реабілітаційній роботі з дітьми та підлітками. Його вихідні дані – результати психодіагностичного обстеження. Зміст, форми та методи розвивальної та корекційної роботи повинні забезпечувати цілісний вплив на особистість дитини або підлітка.

Розвивальна робота традиційно орієнтована на розвиток

пізнавальної, емоційної, вольової та соціальної сфер особистості (ігрова, обслуговуюча, трудова діяльність, навчальна, спеціальні розвивальні заняття, на яких розв'язуються завдання, наприклад, формування навичок спілкування, співпраці або конкурентної поведінки).

Корекційна робота орієнтована на вирішення конкретних проблем, пов'язані з вторинними порушеннями в розвитку дитини. Основним її інструментарієм є корекційні методики й технології, які дозволяють моделювати ситуації, у яких найбільш повно задіяні сфери особистості дитини, що потребують виправлення. Дана робота здійснюється у двох формах: індивідуальній і груповій.

4. Освіта й консультування дітей та підлітків, батьків і співробітників, які беруть участь в обслуговуванні дітей з обмеженими можливостями.

Психолого-педагогічна освіта – певні знання й навички, які покликані допомогти їм успішно взаємодіяти з іншими людьми, підвищити мотивацію життєдіяльності, активність.

Консультування – розраховане на роботу з дітьми старшого віку (проблеми розвитку та особистісного самовизначення підлітка, взаємодії з іншими людьми, статевих взаєностосунків і т.ін.).

У функції фахівця із соціальної реабілітації входить просвіта й консультування батьків.

5. Діяльність з охорони здоров'я та безпечної життєдіяльності. Фахівець із соціальної реабілітації повинен знати закономірності виникнення, перебіг і результат хвороби як базової передумови при визначенні та розробленні основних підходів до соціальної реабілітації дитини. До завдань оздоровчої роботи входить розвиток і зміцнення фізичних сил та можливостей дитини.

6. Соціально-диспетчерська діяльність. Мета – отримання дітьми, їх батьками та колегами від фахівця із соціальної реабілітації соціальної та психологічної допомоги, по-перше, тієї, що виходить за межі його функціональних обов'язків, а по-друге – за межі його компетенції. Для цього він повинен мати у своєму розпорядженні банк даних про служби та фахівців, які змогли б надати реальну допомогу дитині. Причому, фахівець із соціальної реабілітації не тільки надає консультацію, але й сам організовує цю взаємодію.

У межах соціально-диспетчерського напряму передбачається вирішення таких завдань:

- визначення характеру проблеми та можливостей її вирішення;

- пошук служби або фахівця, здатного надати дитині допомогу;
- підготовка необхідної супровідної документації;
- відстеження результатів взаємодії дитини з фахівцем;
- надання психологічної підтримки дитині під час її взаємодії із фахівцем;
- контроль за організацією допомоги дитині в умовах освітньої установи.

У соціально-реабілітаційній практиці принципи відображають основні вимоги, які висуваються до соціально-реабілітаційної діяльності й визначають її організацію, зміст, форми та методи реабілітаційних дій.

1. Принцип гуманістичної спрямованості – вимагає підпорядкування всього соціально-реабілітаційного процесу формуванню особистості дитини, яка зорієнтована на відносини гідності. У такій культурі провідною цінністю є цінність особистості людини. Саме культура гідності створює кращі умови для виходу із соціальних катаклізмів, тому що дитина, вихована в культурі гідності, як зазначав Л.С. Виготський, „приспосована до соціальної динаміки, а не до соціальної статичності”.

2. Принцип єдності діагностики та корекції відображає цілісність надання допомоги дитині в умовах соціально-реабілітаційного процесу. Його сутність полягає в тому, що, по-перше, соціально-реабілітаційній дії обов’язково повинен передувати етап комплексного діагностичного обстеження дитини, на основі якого робиться первинний висновок про рівень її розвитку і формулюються цілі та завдання корекційно-розвивальної роботи. По-друге, реалізація плану соціально-реабілітаційних заходів потребує постійного контролю динаміки змін особи, її поведінки, діяльності, емоційних станів, відчуттів та хвилювань. Такий контроль дозволяє вносити необхідні корективи в програму соціальної реабілітації, вчасно змінювати й доповнювати методи та засоби дії.

3. Принцип нормативності розвитку дитини передбачає обов’язкове врахування особливостей вікового розвитку дитини та змін, що відбуваються, на всіх етапах процесу соціальної реабілітації.

Нормативність розвитку розуміється як послідовність вікових етапів в онтогенезі, які змінюють один одного. Кожен віковий етап у житті людини характеризується своєю соціальною ситуацією, динамікою розвитку, психічними новоутвореннями, провідною діяльністю. Реалізація названого принципу припускає обов’язковий

облік особливостей вікового розвитку дитини та змін, які відбуваються, на всіх етапах процесу соціальної реабілітації. Разом із поняттям „вікова норма” в соціально-реабілітаційній практиці широко використовується поняття „індивідуальна норма”, яка дозволяє вносити корективи в програму соціальної реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей дитини, специфіки та важкості дефекту й самостійного шляху розвитку.

4. Принцип опори на провідну діяльність – відповідність провідній діяльності, яка характерна для кожного вікового етапу (гра, навчання, спілкування) і психологічним можливостям та обмеженням, пов’язаним з віковими особливостями (самооцінка, самосвідомість та ін.).

5. Принцип навчання діяльності передбачає активізацію дітей із метою оволодіння ними різними видами діяльності. У дітей повинні бути сформовані вміння контролю та самоконтролю, оцінки та самооцінки. Дитина повинна вміти самостійно ставити цілі й організовувати свою діяльність для їх досягнення.

6. Принцип розвитку передбачає виділення не тільки провідного дефекту, але й вторинних порушень, оцінку причин їх виникнення та прогнозування наслідків, орієнтує на цілісний розвиток особистості дитини, її готовність до подальшого самовдосконалення. Процес соціальної реабілітації повинен бути спрямований на те, щоб для кожної дитини були створені такі умови, у яких вона могла б максимально реалізувати не тільки свій інтелект, здібності, активність, а й перш за все, особистість.

7. Принцип оволодіння культурою. Культура – це здатність людини орієнтуватися у світі та діяти відповідно до результатів такої орієнтації та інтересів і очікування інших людей. Використання даного принципу в процесі соціальної реабілітації полягає в тому, що дитина, включаючись в систему запропонованих форм дії, засвоює нормативні способи дій у навколишньому світі та соціальному середовищі.

8. Принцип опори на позитивні та сильні сторони особистості дитини. Кожна дитина, навіть якщо у неї є значні проблеми в розвитку, прагне до етичного самовдосконалення. Це прагнення можна й приглушати, якщо до неї звертатися з докорами й нотаціями, і підсилювати, якщо дорослий вчасно помітить навіть щонайменші позитивні зміни в поведінці або діяльності дитини. Якщо дитина, опановувавши новими формами поведінки та діяльності, добивається позитивних результатів, вона переживає радість, яка

зміцнює впевненість у своїх силах, прагнення до подальшого зростання.

9. Принцип психологічної комфортності передбачає створення в соціально-реабілітаційному процесі атмосфери довіри, розкутості, яка стимулює активність дитини, з опорою на внутрішні мотиви й, зокрема, на мотивацію успішності.

13.3. Технології соціальної реабілітації з різними категоріями осіб з обмеженими можливостями

У вітчизняній літературі *технології соціальної реабілітації* трактуються як сукупність прийомів, методів та впливів, що застосовуються соціальними службами, окремими закладами соціального обслуговування, соціальними працівниками з метою досягнення успіху соціальної роботи та забезпечення ефективності реалізації завдань соціального захисту населення.

Технології, що застосовуються в соціальній роботі, виступають переважно у формі знань (наука); знань та умінь (навчання); знань, умінь, досвіду та практики (діяльність). Діяльнісний аспект трактування соціальних технологій дозволяє визначити такі їх види: соціальний контроль, соціальну профілактику, терапію, реабілітацію, соціальну допомогу та захист, соціальне страхування, соціальне обслуговування, соціальне опікуєнство та соціальне посередництво.

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату. Наслідком порушень ОРА є *обмеження життєдіяльності у сфері самообслуговування*, яке охоплює: задоволення основних фізіологічних потреб; дотримання правил особистісної гігієни; приготування їжі; задоволення побутових потреб.

Параметрами при оцінюванні обмеження здібності до самообслуговування можуть бути:

- оцінка потреби в допоміжних засобах, можливості корекції здібностей до самообслуговування за допомогою допоміжних засобів та адаптації житлового середовища;
- оцінка потреби у сторонній допомозі при задоволенні фізіологічних та побутових потреб;
- оцінка часових інтервалів, через які виникає подібна потреба (1–2 рази на тиждень), більш тривалі інтервали (1 раз на добу), короткі (кілька разів на добу), постійна потреба.

Проблеми здійснення самообслуговування та самостійного пересування розв'язуються в процесі соціально-побутової реабілітації.

У ході здійснення технологій соціально-побутової реабілітації так звана соціальна інформація, яка одержується фахівцем із соціальної роботи, використовуються в індивідуальній програмі реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Головна функція фахівця із соціальної реабілітації щодо всіх соціальних інститутів, які здійснюють реабілітаційні заходи, – *координаційна*.

Процес соціальної реабілітації даної категорії дітей повинен містити як мінімум чотири позиції:

1) збір якомога повнішої інформації про обсяг діагностичних, реабілітаційних, освітніх та інших заходів, які здійснюються в установах різних форм власності як державного, так і недержавного секторів;

2) надання повноцінної інформації батькам та координація в процесі проведення всіх компенсаторно-коррекційних заходів;

3) створення внутрішнього реабілітаційного простору в умовах сім'ї;

4) формування зовнішнього реабілітаційного простору (за межами реабілітаційних установ) із залученням усіляких засобів (технічні засоби реабілітації, а також допоміжні й транспортні засоби, зміна інфраструктури житлових і навчальних приміщень, сприяння в організації додаткової освіти дітей та навчання батьків, налагодження мікроклімату в середовищі спілкування і т.ін.).

Соціально-побутова реабілітація дітей з порушеннями функцій ОРА передбачає навчання їх прийомів відновлення втрачених навичок із соціально-побутового самообслуговування.

Завершальним етапом соціально-побутової реабілітації дітей з обмеженими можливостями є соціально-побутове облаштування – їх мешкання у квартирі зі спеціально створеними побутовими умовами, які відповідають усім їхнім потребам.

При організації соціально-побутової реабілітації дітей з ураженням ОРА необхідно виходити з таких принципових положень:

1. Передбачити можливість використання дітьми з обмеженими можливостями звичайного господарсько-побутового обладнання шляхом навчання (перенавчання).

2. Оснастити наявне обладнання елементарними спеціальними пристосуваннями (насадками, важелями і т.ін.) для їхнього використання дитиною з обмеженими можливостями.

3. Обладнати квартиру новими спеціальними адаптивними технічними засобами з урахуванням потреб дітей з ураженнями ОРА, ґрунтовно пристосувати житлові умови до їхніх потреб з урахуванням типу дефекту.

Адаптоване житлове приміщення обладнане фіксованим (стаціонарним) та індивідуальним (нестаціонарним) пристроями.

До обладнання і оснащення висуваються вимоги:

1. Медичні – мають точно відповідати типу дефекту.

2. Технічні – безпека користування, надійність, простота конструкції, що забезпечує доступність для користувача.

Реалізація зазначених положень розрізняється залежно від локалізації анатомічного дефекту (ураження верхніх або нижніх кінцівок). Разом з тим незалежно від локалізації уражень необхідно передбачити послідовність технології соціально-побутової реабілітації осіб з обмеженими можливостями.

Порушення слуху належать до порушень сенсорного пізнання світу. Навіть незначний рівень зниження слуху, не говорячи вже про серйозні дефекти слухової функції, чинить негативний вплив на формування психічного статусу дитини, у першу чергу на розвиток мовлення, комунікативної діяльності й логічного мислення.

Нині в проектуванні соціальної політики різних країн незалежно від їх державного ладу виділяються дві тенденції у ставленні до цієї категорії населення.

Прихильники *першої тенденції* вважають, що суспільство повинне практично приймати проблеми глухих і слабочуючих та створювати їм комфортні умови в середовищі тих, якічують. Наприклад, у Швеції всьому населенню країни рекомендується вивчати жестове мовлення.

Друга тенденція пропонує розглядати осіб з порушеннями слуху як особливу соціальну групу, що має свою систему соціальних потреб в плані подолання обмежень і труднощів комунікації, але є однією з рівноправних складових частин суспільства, існуючи з ним в єдиному соціокультурному середовищі.

Сьогодні використовуються різні підходи до реабілітації глухих і слабочуючих. Це білінгвістична система навчання на основі словесного мовлення, верботональна система, які сприяють

вирішенню проблеми соціальної інтеграції в суспільство осіб з порушеннями слуху.

Із усіх видів обмежень життєдіяльності для цієї категорії осіб з обмеженими можливостями найбільш значущими є *обмеження здатності до спілкування*.

Параметрами оцінки обмежень здатності до спілкування в осіб з порушеннями слуху можуть бути:

➤ здатність говорити (плавно вимовляти слова, розуміти мовлення, вимовляти і виробляти вербальні (словесні) повідомлення, передавати значення за допомогою мовлення);

➤ здатність слухати (сприймати усне мовлення, вербальні та інші повідомлення);

➤ здібність до символічної комунікації – невербального спілкування.

З метою соціально-побутової та соціально-средовищної реабілітації осіб з порушеннями слуху використовується багато технічних засобів. Серед них індивідуальні слухові апарати.

Для створення максимального комфорту особам з частковою втратою слуху рекомендується оснастити побутові та виробничі приміщення такою апаратурою, як: індикатор телефонного виклику з можливістю підключення кімнатного світильника; телефонна трубка з підсилювачем; світловий сигналізатор дверного дзвінка; будильник із світловою, вібраційною індикацією; телефон-принтер з пам'яттю із вбудованим екраном.

У реабілітаційних цілях застосовують звукоізоляцію, дистанційне керування.

Для дієвої реалізації програм соціальної реабілітації осіб із порушеннями слуху важлива увага приділяється субтитруванню суспільно значущих інформаційних та інших телепередач, випуск відеопродукції (із субтитрами) публіцистичної, науково-пізнавальної спрямованості, яка до них адресована.

Специфіка роботи фахівця із соціальної реабілітації з категорією дітей, що мають порушення слуху, полягає в наданні батькам повноцінної інформації про системи та форми корекційної освіти, у створенні комплексу умов для організації заходів, які пов'язані з проблемами розвитку та навчання дітей у межах обраної системи, сприянні формуванню комунікативної діяльності для повноцінної інтеграції в суспільство осіб із глухотою й туговухістю.

Зір є однією з провідних функцій людини, він забезпечує отримання більше 90% інформації про навколишній світ. При

частковій або повній втраті зору людина зазнає великих труднощів у самообслуговуванні, пересуванні, орієнтації, спілкуванні, навчанні, трудовій діяльності, тобто в здійсненні всієї повноти життєдіяльності.

Громадські традиції сприйняття сліпоти зводяться до двох позицій. *Перша* відображає громадську думку, що сліпота є фатальним чинником в долі людини. Дитина, позбавлена найважливішого органу сприйняття навколишнього світу – зору, пізнає мир викривлено, лише частково відчуваючи його різноманіття. Така людина не може бути визнана нормальною. *Друга позиція* оцінює динаміку розвитку психічних процесів сліпої дитини, фактично ідентифікуючи їх з розвитком зрячих. Сліпий може активно сприймати навколишній світ завдяки використанню компенсаторних процесів.

Залежно від того або іншого громадського погляду на проблему сліпоти конструюються організаційні форми соціальних інститутів допомоги.

Найважливішим видом обмеження життєдіяльності осіб з порушеннями зору є *обмеження здібності до орієнтації* – здібності визначатися в часі та просторі. Вона передбачає:

- здібність до визначення часу за загальноприйнятими ознаками (час доби, пора року та ін.);
- здібність до визначення місцезнаходження за просторовими орієнтирами, запахами, звуками;
- здатність правильно розташовувати за місцем зовнішні об'єкти, події та самого себе щодо тимчасових і просторових орієнтирів;
- здібність до орієнтації у власній особистості, схемі тіла, розрізнення правого і лівого та ін.;
- здібність сприймати й адекватно реагувати на інформацію, яка надходить (вербальну, невербальну, зорову, слухову, смакову, яка одержана шляхом нюху та дотику), розуміння зв'язків між предметами та явищами.

Соціально-побутова та соціально-середовищна реабілітація осіб з порушеннями зору забезпечується системою орієнтирів – дотикових (тактильних), слухових та зорових, які сприяють безпеці переміщень і орієнтуванню в просторі.

Дотикові орієнтири: напрямні поручні, рельєфні позначення на поручнях, таблички з випуклими надписами або шрифтом Брайля, рельєфні плани поверхів, будівлі і т.ін.; змінний тип покриття підлоги перед перешкодами (поворотами, драбинами, підйомами, входами).

Слухові орієнтири: звукові маяки при входах, радіотрансляція.

Зорові орієнтири: різні спеціальні освітлювальні покажчики у вигляді символів та піктограм із використанням яскравих, контрастних кольорів; контрастне кольорове позначення дверей і т.ін.; текстова інформація на табличках повинна бути максимально короткою. Будівельні елементи на шляхах руху в осіб з ослабленим зором (сходові клітки, ліфти, вестибюлі, входи, початок та кінець коридорів та ін.) повинні бути обладнані системою типових орієнтирів-покажчиків, виконаних на основі кольорового, акустичного й тактильного контрасту з навколишньою поверхнею.

Важливе значення для соціальної інтеграції осіб із зоровими розладами мають заходи соціальної реабілітації. Для реалізації цих заходів необхідне забезпечення незрячих допоміжними тифлотехнічними засобами:

➤ для пересування та орієнтування (тростина, системи для орієнтації – локатори лазерні, світлові та ін.);

➤ для самообслуговування – тифлозасоби культурно-побутового й господарського призначення (кухонні прилади та пристосування для приготування їжі, для догляду за дитиною та ін.);

➤ для інформаційного забезпечення, навчання (прилади та пристосування для читання, листи за Брайлем, системи „мовленнєва книга”, спеціальні комп’ютерні пристрої та ін.);

➤ для трудової діяльності – тифлозасоби та пристосування, якими незрячих забезпечує виробництво залежно від виду трудової діяльності.

Для осіб із залишковим зором і слабозорих необхідні спеціальні засоби корекції зору: приставки, які збільшують, лупи, гіперокуляри, телескопічні, сферопризматичні окуляри, а також деякі тифлотехнічні засоби побутового, господарського та інформаційного призначення.

Застосування тифлотехнічних засобів разом з іншими реабілітаційними заходами створює передумови для досягнення рівних зі зрячими можливостей і прав для різнобічного розвитку, підвищення культурного рівня, розкриття творчих здібностей незрячих, їх активної участі в сучасному виробництві та суспільному житті.

Завданням соціально-реабілітаційної діяльності з цією категорією дітей є забезпечення процесу компетентного супроводу розвитку дитини на всіх етапах життя. Воно передбачає:

➤ інформаційну підтримку батьків (відомості про засоби реабілітації, навчання, спортивні заходи);

- забезпечення ранньої діагностики та ранньої комплексної допомоги дитині;
- створення умов для автономної самостійної життєдіяльності дітей на кожному віковому етапі, зокрема спеціальне навчання соціальних і побутових навичок із залученням фахівців (догляд за собою, мобільність, комунікабельність, налагодження міжособистісних відносин у кризових ситуаціях і т.ін.);
- сприяння інтегрованому навчанню дітей в умовах масової школи;
- організація психологічної підтримки дитини в період адаптації в умовах інтегрованого навчання;
- організація участі батьків та дитини в складанні індивідуальної навчальної програми (індивідуального навчального плану);
- створення умов для того, щоб усі шкільні заходи були доступні для дитини;
- максимальне сприяння виявленню здібностей і таланту дітей, допомога в організації додаткової освіти;
- сприяння в професійній орієнтації;
- допомога в працевлаштуванні.

Важливу роль у соціальній реабілітації сліпих і слабозорих, покращенні якості їх соціального захисту й розширенні обсягу соціальних послуг відіграє Всеукраїнське товариство сліпих (ВТС), де застосовуються різноманітні форми соціальної реабілітації, які сприяють їх інтеграції. У системі ВТС існує широка мережа виробничих підприємств і об'єднань, на яких створені спеціальні умови організації праці, що враховують функціональні можливості незрячих.

Категорія осіб із психічними порушеннями неоднорідна як за проявами психічних (та інтелектуальних) розладів, так і за причинами, що викликали ці розлади. Серед осіб із психічними розладами особливу групу складають особи з розумовими порушеннями.

Соціально-реабілітаційна діяльність покликана забезпечити дієву підтримку у створенні відповідних умов у соціумі як в технічному, так і в психологічному плані кожній людині з розумовою відсталістю.

При психічних захворюваннях і розумовій відсталості страждають всі психічні функції або більшість з них, які викликають:

- обмеження здібності до самообслуговування;

- обмеження здібності до самостійного пересування;
- обмеження здібності до навчання;
- обмеження здібності до трудової діяльності;
- обмеження здібності до орієнтації в інформації, часі, просторі і власній особистості;
- обмеження здібності до спілкування;
- обмеження здібності контролювати свою поведінку.

Програма соціальної реабілітації осіб із психічними розладами спрямована на забезпечення реалізації їх прав мати друзів, сім'ю, обирати місце роботи. У програмі передбачені адаптаційне навчання, підготовка до незалежного способу життя, користування побутовими приладами, розроблення індивідуальних рішень адаптації житлово-комунальних умов до особи з обмеженими можливостями.

Програма передбачає навчання заходів безпеки, спілкування. Особливе місце в програмі соціальної реабілітації осіб з психічними розладами займає навчання сім'ї ставлення до хворого та створення сприятливого мікросередовища, підтримки контактів із соціальними службами.

При значно виражених порушеннях психічних функцій програма соціальної реабілітації передбачає навчання життєвих навичок за персональним доглядом (зовнішній вигляд, особиста гігієна) і персональною безпекою (користування газом, електроприладами).

При помірних порушеннях психічної діяльності практикується терапія відпочинком, дозвіллям, яка спонукає до розвитку інтересів, організація здорового способу життя, сексуальне виховання.

Процес соціальної реабілітації розумово відсталих осіб повинен бути спрямований у першу чергу на їхній розвиток. Його зміст полягає в тому, щоб організувати компетентний супровід розвитку людини з розумовою відсталістю на всіх вікових етапах життя. Це стосується посередництва фахівця у створенні відповідних умов і залученні всіх соціальних інститутів допомоги для розвитку в людини з інтелектуальними проблемами соціально значущих навичок, здібностей, особистісних якостей, уміння пристосовуватися до вимог суспільства, у якому вона живе.

Соціально-педагогічна діяльність із соціального обслуговування людини з розумовою відсталістю має такі напрями:

1) взаємодія з медичними установами та службами, які здійснюють виявлення й облік випадків народження дітей з

органічними ураженнями мозку, генетичними порушеннями та „групи ризику”;

2) контроль за наданням батькам адекватної інформації про перспективи розвитку дитини і довгостроковими заходами допомоги батькам в умовах сім'ї та спеціальних установ із метою запобігання випадкам відмови від дитини;

3) організація психологічної підтримки матері у відділеннях для новонароджених;

4) організація взаємодії сім'ї із службою ранньої допомоги або медико-психолого-соціальними центрами;

5) участь у складанні індивідуальної програми реабілітації дитини із залученням всіх необхідних соціальних інститутів допомоги;

6) організація медико-соціально-педагогічного патронажу сімей, які мають дітей з порушеннями інтелектуального розвитку: формування педагогічного середовища в умовах сім'ї, навчання батьків, допомога в складанні освітнього маршруту;

7) підготовка середовища для відвідування дитиною дошкільної освітньої установи (спеціального або масового) залежно від рівня розвитку дитини та її можливостей;

8) організація підготовки до навчання та заняття процесом навчання в школі; допомога в налагодженні взаємин з однолітками, учителями, у сімейно-сусідському оточенні;

9) допомога в профорієнтації та професійному навчанні;

10) допомога в працевлаштуванні;

11) допомога в організації незалежного життя в суспільстві: сприяння в отриманні житлової площі, веденні домашнього господарства, організації дозвілля, додаткової освіти, самостійного сімейного життя.

Програма соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю містить заходи за всіма напрямками:

➤ побутова галузь – знання про навколишній світ, облаштування побуту з нормами і правилами гуртожитку);

➤ соціально-середовищна реабілітація – родинне виховання, уникання негативного впливу оточуючих);

➤ навчання засобам фізкультури та спорту;

➤ навчання діяльності з організації дозвілля;

➤ вирішення особистісних проблем.

Програма соціальної реабілітації осіб з помірною та важкою розумовою відсталістю передбачає:

- формування навичок самообслуговування;
- формування навичок соціально-середовищної реабілітації (знайомство з містом, транспортом, магазинами, сферою обслуговування, виробничими відносинами);
- формування елементів етично-естетичного виховання (навичок повсякденної поведінки, правил поведінки в громадських місцях, правил поведінки людини в робочому колективі, розуміння дружби, товариськості, колективу і т.ін).

Показником якості життя осіб з розумовою відсталістю може бути загальноприйнятий в європейських країнах комплекс чинників, які визначають якість життя будь-якої людини, незалежно від обмежень здоров'я, труднощів соціалізації, наявності інвалідності. Цими основними чинниками є:

- 1) здоров'я (знання правил здорового способу життя та їх реалізація);
- 2) матеріальний добробут;
- 3) робота, творчість (практична готовність до побутової та виробничої праці, наявність хобі);
- 4) відносини з близькими людьми (частота й характер спілкування, добровільність та самостійність контактів);
- 5) безпека (знання та виконання норм безпеки в різних громадських місцях, у власному житлі, в екстремальних ситуаціях);
- 6) безпосередня включеність у співтовариство (усвідомлення власної соціальної ролі та готовність її виконувати у спілкуванні та взаємодії з різними групами людей);
- 7) емоційне здоров'я (розуміння власних відчуттів, відчуттів та емоцій інших людей, уміння контролювати свої емоції й адекватно виражати їх вербальними та невербальними способами).

Кожен із цих чинників, який визначає поняття „якість життя”, можна розглядати на різних рівнях: суспільство, мала соціальна спільнота, особистість, але завжди в комплексі.

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрийте сутність поняття „соціальна реабілітація”.
2. Охарактеризуйте поняття „соціальна реабілітація” з погляду її варіантів: соціальна реабілітація як процес, кінцевий результат і діяльність.

3. Охарактеризуйте напрями соціально-реабілітаційної діяльності.
4. Охарактеризуйте принципи соціально-реабілітаційної діяльності.
5. Розкрийте сутність поняття „технологія соціальної реабілітації”.
6. У чому полягає сутність технології соціальної реабілітації осіб з ураженням опорно-рухового апарату?
7. Охарактеризуйте особливості соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю.
8. Охарактеризуйте програму соціальної реабілітації осіб із психічними розладами.
9. Наведіть приклади практичного застосування розглянутих засобів, форм та методів реалізації мети та завдань соціально-реабілітаційної діяльності осіб з обмеженими можливостями в умовах спеціалізованих центрів реабілітації.
10. У чому полягає специфіка соціальної реабілітації осіб з розладами слуху?
11. Визначте заходи, які забезпечують комплексний супровід розвитку дитини з порушеннями зору на всіх вікових етапах життя.
12. Надайте загальні рекомендації щодо вдосконалення соціально-реабілітаційної діяльності для дітей всіх нозологічних груп.

Література

1. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : учебн. пособие для студ. высш. учебн. заведений / Л. И. Акатов. – М. :ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
2. Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании : учебн. пособие для студ. сред. пед. учебн. заведений / Л. И. Аксенова. – М. : Академия, 2001. – 192 с.
3. Дементьева Н. Ф. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан / Н. Ф. Дементьева, З. В. Устинова. – М., 1991. – 158 с.
4. Овчарова Р. В. Справочная книга социального педагога / Р. В. Овчарова. – М. : Пед. пресса, 2002. – 183 с.

5. Підготовка до школи дітей з особливими потребами в умовах сім'ї : поради батькам / В. І. Бондар та інші; за ред. В. І. Бондаря, В. В Засенка. – К. : Наук. світ, 2005. – 256 с.
6. Социальная работа с семьёй ребёнка с ограниченными возможностями / под ред. Н. Ф. Дементьевой. – М. : Академкнига, 1996. – 185 с.
7. Соціальна реабілітація осіб з обмеженими можливостями / за заг. ред. С. В. Толстоухової. – К. : УДЦССМ, 2000. – 172 с.
8. Соціальна робота з дітьми та молоддю : проблеми, пошуки, перспективи / за заг. ред. І. М. Пінчук, С. В. Толстоухової – К. : УДЦССМ, 2000. – Вип. 1. – 276 с.
9. Теория социальной работы / под ред. Е. И. Холостовой. – М., 1977. – 325 с.
10. Технології соціально педагогічної роботи : навчальний посібник / за заг. ред. проф. А. Й. Капської. – К., 2000. – 372 с.
11. Холостова Е. И. Социальная реабилитация : учебное пособие. – 2-е изд. / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – М. : „Дашков и К”, 2003. – 340 с.

РОЗДІЛ XIV. ПРОФЕСІОГРАМА ВЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА

14.1. Роль учителя в навчанні, вихованні й розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку

Учитель своєю особистістю та діяльністю завжди впливав на хід історичного процесу, долю суспільства. Він бере активну участь у формуванні суспільства, а отже, повинен відчувати велику відповідальність за його долю перед минулими, сучасними та наступними поколіннями людства.

Виховна діяльність найбільшою мірою виконує інтегральну функцію, бо педагог одночасно виступає фахівцем зі свого предмету, вихователем, практичним психологом, консультантом, наставником і навіть психотерапевтом.

У спеціальних установах для дітей з порушеннями психофізичного розвитку (ПФР) навчально-виховну корекційну роботу здійснюють *педагоги-дефектологи*. Їм належить вирішальна роль у підготовці учнів до самостійного трудового життя на основі корекції пізнавальної діяльності та виховання позитивних якостей особистості.

У роботі з дітьми, які мають порушення ПФР значення педагогічного керівництва зростає. Без допомоги вчителя діти з відхиленнями в розвитку часто виявляються неспроможні оволодіти тими знаннями, уміннями, навичками, якими нормальні діти опановують, як правило, самостійно в процесі накопичення життєвого досвіду. Перед дітьми з обмеженими можливостями виникають такі важкі для них завдання, з якими вони самі справитися не можуть, тому необхідна значна педагогічна допомога зі спеціальної організації їх розумової та практичної діяльності в цілях формування у них системи дій, важливих для пізнання навколишнього світу, орієнтування в ньому, виконання практичних трудових завдань, спілкування з людьми.

У повсякденному діловому й неофіційному спілкуванні зі своїми вихованцями педагог повинен постійно демонструвати високі зразки моральності, етичної та естетичної культури, організованості, громадянської зрілості. Слід ураховувати, що учні спеціальних шкіл, зокрема й розумово відсталі діти, здатні виявляти критичне ставлення до особистості педагога, причому найбільш значущими для позитивної або негативної оцінки його в очах дітей є *ділові, комунікативні і авторитарні* якості.

Успішність навчально-пізнавальної діяльності учнів спеціальних шкіл багато в чому залежить від того, як учитель допомагає дітям у процесі цієї діяльності.

Педагог-дефектолог, будучи прикладом для дітей з порушеннями ПФР, є в той же самий час їх найближчим порадиником, помічником, захисником – адже в більшості спеціальних шкіл-інтернатів *діти знаходяться цілодобово*, рідко бувають удома і не завжди одержують в сім'ї необхідне для себе.

Педагог-дефектолог – людина, чиє авторитетне оціночне судження про поведінку та діяльність дитини для останньої виявляється дуже значущим і, як показують досвід та експерименти, у спеціальній школі часто є вагомим чинником, що визначає положення учня в системі міжособистісних взаємовідносин членів дитячих колективів.

Учні з порушеннями в розвитку відчують потребу в спілкуванні з учителем на уроці; якщо ця потреба не задовольняється через нерівномірний розподіл учителем своєї уваги на всіх учнів класу, у окремих школярів виникають різні порушення поведінки як своєрідні засоби привернути увагу до себе, компенсувати недостатність спілкування.

На вихователів, які працюють із дітьми в школах-інтернатах, у групах подовженого дня, покладаються такі обов'язки: прищеплювати дітям любов до праці, високі моральні якості, навички культурної поведінки, дотримання правил особистісної гігієни; регулювання режиму дня вихованців, спостереження за своєчасним приготуванням домашніх завдань, надання дітям допомоги у навчанні та в регулярній організації дозвілля, здійснення заходів, які сприяють зміцненню здоров'я та фізичному розвитку вихованців, підтримувати постійні зв'язки з учителями, медичним персоналом, батьками.

Крім цих спільних із педагогами масових шкіл обов'язків, педагоги-дефектологи повинні проводити спеціальну роботу, спрямовану на максимально можливу корекцію вад психофізичного розвитку дітей з обмеженими можливостями, на їх всебічний компенсаторний розвиток з метою соціальної адаптації. Для цього необхідні знання особливостей розвитку кожної категорії дітей з обмеженими можливостями та реалізація тих специфічних педагогічних засобів компенсаторно-корекційної роботи, які розроблені у відповідних галузях дефектологічних знань.

Спеціальні обов'язки педагогів-дефектологів визначені положеннями про кожний тип спеціальних шкіл-інтернатів та

дошкільних установ для дітей з порушеннями ПФР.

14.2. Вимоги до особистості педагога-дефектолога

Гарний учитель, на думку В.О. Сухомлинського, – це людина, яка добре знає науку, на основі якої побудований предмет, що нею викладається, закохана в неї, знає її горизонти – новітні дослідження, досягнення. Гарний учитель – це людина, яка знає психологію та педагогіку, розуміє та відчуває, що без знання науки про виховання працювати з дітьми неможливо.

Ерудиція, широта наукового кругозору, сучасний характер знань... Назвавши ці складові наочної компетентності вчителя, В.О. Сухомлинський поряд з ними, „усередині них”, називає особистісні якості, які визначають психологічну компетентність: необхідність осмислення й „самоподання” своєї любові до дітей.

Від педагогічної майстерності вчителя, його ерудиції, вдумливості, сумлінного ставлення до справи залежать успіхи дитини.

Слід зауважити, що педагог-дефектолог працює не тільки з дітьми, які мають відхилення від норми у своєму розвитку. У сфері його діяльності виявляються і батьки, які в більшості випадків глибоко переживають нещастя, але поводяться дуже по-різному. Одні з них, відчуваючи себе безпорадними й розгубленими, внутрішньо не готові боротися за майбутнє дитини, вважаючи, що це марно. Інші намагаються активно діяти, але роблять це невміло, й іноді приносять дитині не користь, а шкоду. Деякі батьки швидко переходять від енергійних спроб виховання до бездіяльності, оскільки не бачать негайних успіхів.

Учитель-дефектолог швидше, ніж будь-хто інший, може підказати батькам способи та прийоми, корисні в тій або іншій ситуації, що розвивають дитину, благотворно впливають на формування її емоційно-вольової сфери. До сфери діяльності педагога-дефектолога належить також пропаганда дефектологічних знань серед оточення.

Педагог-дефектолог повинен постійно розв'язувати складні завдання, які ставить перед ним життя, його робота з дітьми та їх батьками. Для цього йому необхідно бути широкоосвіченим фахівцем. Це стосується перш за все його знань у галузі загальної та корекційної педагогіки. Він має бути добре знайомим із сучасною літературою із корекційної педагогіки, вільно володіти різними

методами та способами виховання й навчання, диференційованими та індивідуальними формами роботи, уміти користуватися спеціальними технічними засобами.

У підготовці педагога-дефектолога значна роль належить оволодінню системою спеціальних дефектологічних знань та вмінь (для кожної дефектологічної спеціальності – переважно в окремих галузях цієї науки), що стосуються принципів, методів і прийомів навчальної, виховної та корекційної роботи з дітьми різних вікових категорій (дошкільниками, школярами), які мають ті чи інші відхилення в розвитку. Цих знань і вмінь дефектологи набувають у процесі вивчення курсів корекційної педагогіки (сурдо-, тифло-, корекційної психопедагогіки), окремих методик викладання дисциплін, що вивчаються в спеціальних школах, методики організації виховної роботи в цих школах, логопедії, дошкільної корекційної педагогіки, низки спецкурсів та спецсемінарів (наприклад, з диференційованого навчання, методики корекційної роботи тощо). Педагоги-дефектологи досконало вивчають специфічні системи прийому та передачі інформації, необхідні для спілкування з певними категоріями дітей з порушеннями ПФР. Йдеться, зокрема, про мову жестів, дактилологію (ручну азбуку, яка відтворює букви та слова умовними знаками, що зображуються пальцями рук), техніку читання з губ як засобу спілкування глухих, дактилографію (письмо пальцем), яка використовується як засіб спілкування із сліпоглухим співрозмовником, письмо та читання за допомогою шрифту Брайля, чому навчають сліпих.

Крім педагогічних знань, учитель-дефектолог повинен також добре знати загальну та вікову психологію, її дитячий та спеціальний розділи. Без цього не можна зрозуміти природу, зміст і характер відхилень у психічній діяльності дитини, які обумовлені властивим їй дефектом розвитку, не можна правильно прогнозувати перспективи її розвитку.

Обов'язковим є володіння знаннями медичного і клінічного характеру, розуміння фізіологічних закономірностей. Тому обізнаність учителя-фахівця в цих питаннях обов'язкова.

Крім ґрунтовної теоретичної та практичної підготовки, яка дозволяє педагогу-дефектологу ефективно розв'язувати завдання, що стоять перед ним, він повинен володіти цілою низкою особистісних якостей, без чого неможлива успішна робота з дітьми, які мають порушення ПФР. Дефектолог повинен мати такі якості, які б відповідали вимогам суспільства до людини, якій доручено справу

виховання громадянина. У цьому плані дефектолог, як і будь-який інший педагог, має бути зразком культури, освіченості, морально бездоганної поведінки.

Серйозні вимоги висуваються до особистості педагога-дефектолога. Він повинен бути глибоко гуманною людиною, яка любить дітей та намагається їм допомогти. ***Якщо вчителя дратують діти з відхиленнями в розвитку, то йому протипоказано бути дефектологом.***

Справжнім педагогом-дефектологом може стати лише дуже добра й терпляча людина, яка розумно реагує на найпростіші незвичні форми поведінки дітей з обмеженими можливостями.

Педагогу-дефектологу необхідно мати почуття гумору, уміти вчасно м'яко пожартувати з приводу деяких подій і в такий спосіб зняти напругу, запобігти конфлікту, який назріває. Проте глузування над дитиною в жодному випадку неприпустиме.

Ураховуючи підвищену збудливість, яка часто властива дітям з порушеннями ПФР, схильність багатьох з них до негативізму, афектних проявів у поведінці, нестійкість діяльності та поведінкових актів, корекційна педагогіка стверджує необхідність створення в спеціальних школах охоронного педагогічного режиму. Звідси зрозуміло, яке значення має витримка педагога, його доброзичливість, здатність підтримати, мобілізувати дитину в її діяльності, пробудити в ній оптимізм, бадьорість духу, уміння попередити й педагогічно правильно подолати різні зриви в поведінці, активізувати стан здоров'я, сильні сторони її особистості.

Педагогу-дефектологу особливо слід ураховувати важливість оволодіння технікою мовленнєвого спілкування з дітьми, що мають обмежені можливості, оскільки сприйняття, розуміння, їхнє ставлення до мовленнєвої інформації мають низку специфічних особливостей. Тому необхідна постійна робота учителя над виробленням оптимального темпу, ритму, письмовості, інтонації мовлення з урахуванням того, що слово вчителя є не тільки засобом інформації, але й засобом спонукання дітей до діяльності, керування нею, організації поведінки учнів.

Практика роботи спеціальних шкіл свідчить про те, що педагог-дефектолог може успішно виконувати свої обов'язки з навчання, виховання й компенсаторного розвитку школярів з порушеннями ПФР за умови постійного глибокого вивчення індивідуальних особливостей своїх вихованців і застосування сучасних досягнень загальної та спеціальної психолого-педагогічної

науки.

Учителю-дефектологу слід бути лагідним по відношенню до учнів як початкових, так і старших класів. Не потрібно вважати, що на добре ставлення до себе заслуговують тільки першокласники. Підлітки також потребують ласкавого слова. Адже багато учнів спеціальних шкіл живуть у складній домашній обстановці й не завжди одержують у сім'ї достатньо позитивних емоцій. Проте кожна дитина і підліток прагне до доброти, уваги, підтримки. На всіх заняттях із педагогом-дефектологом учень повинен почувати себе комфортно.

14.3. Педагогічна деонтологія вчителя-дефектолога

Педагогічна етика, яка визначає етичні принципи професійної поведінки педагога у взаємостосунках з учнями, їх родичами, колегами по роботі та суспільством у цілому, у загальному вигляді є єдиною для різних педагогічних дисциплін. Проте особливості кожної педагогічної спеціальності визначають неоднакове виявлення загальних принципів у різних дисциплінах.

Етико-деонтологічні проблеми в корекційній педагогіці мають свої специфічні риси, які визначаються специфікою учнів і навчально-виховної роботи з ними, її методів, особливостями її зв'язку із загальною педагогікою. Більш того, дефектологу доводиться займатися не тільки організацією навчання і виховання дитини з порушеннями ПФР, але й соціальними питаннями, „лікуванням” і т.ін. При цьому діяльність дефектолога регламентована лише документами організаційного характеру.

Зважаючи на зазначене вище, зрозуміло, що виняткового значення набуває обґрунтування етико-деонтологічних проблем, з якими стикається дефектолог. Бальзак писав, що „...добре ми знаємо, що не знаємо законів життя”.

Будувати свою діяльність відповідно до вимог деонтології в корекційній педагогіці може вчитель, який обрав свою професію за покликанням. Але це не свідчить про перебільшення ролі природних задатків особистості у професійній діяльності вчителя-дефектолога. У підсумку фахівець формується всією системою навчання і виховання. Етичне ж виховання вчителя спрямоване на вироблення у нього відповідних переконань, етичних схильностей, звичок, стійких моральних якостей. З урахуванням професійної діяльності вчителя-дефектолога йому потрібно мати витримку, високу самосвідомість бути здатним до самоконтролю, – тоді він зможе здійснювати

контроль над своїми емоціями та почуттями, підпорядковуючи їх професійному обов'язку, принципам дефектологічної етики і деонтології.

Етика – одна з найдавніших теоретичних і практичних дисциплін, об'єктом вивчення якої є мораль. Тяжіння до моральних цінностей властиве кожній людині. Справа лише в тому, що, на думку Сократа, ми повинні знов зустрітися із самими собою, щоб у цьому магічному дзеркалі побачити своє справжнє обличчя. Аристотель уперше використав термін „етика” для позначення особливої галузі знань. Одна з основних проблем етики – обґрунтування моралі. Інша її проблема – проблема загального критерію оцінки морального значення людських дій. У етиці вирізняють і деонтологію.

Деонтологія – розділ етичної теорії (учення про мораль), у якому розглядаються проблеми обов'язків, моральних вимог і норм. Термін був уведений англійським філософом І. Бентамом, який застосовував його для позначення вчення про мораль в цілому. Це сукупність етичних норм, яких дотримуються працівники при виконанні своїх фахових обов'язків (Український дефектологічний словник, 2001).

Особливим розділом етики є професійна етика педагога, яка досліджує моральні аспекти взаємостосунків вчителів між собою, з учнями та навколишнім суспільством.

Терміни „етика” й „деонтологія” вживаються рівною мірою й повинні застосовуватися до будь-якої сфери професійної діяльності: педагогічної, медичної, психологічної, юридичної, інженерної та ін.

Наведені положення являють собою основу при розгляді питань етики і деонтології в корекційній педагогіці.

У процесі спілкування розрізняють форму і зміст. Під змістом розуміється пізнавальна, етична та естетична інформація. Зміст знаходить своє вираження в певних формах спілкування, які мають і власну цінність. Під час роботи з учнями педагог має використовувати знання з етики, естетики, психології, деонтології. Вони активізують навчально-виховну роботу і власне є основою психологічної культури, яка полягає в здатності зрозуміти іншу людину, що має більше значення, ніж просто знання.

Стосовно корекційної педагогіки завдання етики полягає в обґрунтуванні високої моралі вчителя-дефектолога, психолога-дефектолога, дефектолога дошкільного закладу та ін., які виховують та навчають дітей з порушеннями фізичного та розумового розвитку.

У більш вузькому значенні під *дефектологічною деонтологією* слід розуміти сукупність етичних норм професійної діяльності фахівців і співробітників, які зайняті в корекційних установах. У межах дефектологічної етики слід розглядати такт і етикет вчителя-дефектолога, оцінювання вчинків та дій педагога і всього персоналу навчально-виховних установ з етичних позицій.

Дефектологічна деонтологія, перш за все, виявляється в системі „вчитель-учень”. Вона містить специфічні, професійні та етичні вимоги, яких необхідно дотримуватися вчителю-дефектологу при виконанні службового боргу.

Немало складних етико-дефектологічних та правових проблем виникають у системі відносин „вчитель-учень-школа-сім'я-суспільство”, які доводиться вирішувати дефектологу. При цьому можуть виникнути конфлікти, які у сфері педагогічної практики завжди викликають зацікавленість у громадськості. Оперативний збір, обробка та оцінка об'єктивної інформації про конфліктну ситуацію з етико-деонтологічних і нормативних позицій дозволить знайти найефективніший „інструмент” для ліквідації конфлікту.

Взаємостосунки дефектолога та учня є головною складовою частиною складних проблем педагогічної етики взагалі та дефектологічної деонтології зокрема. Це пояснюється особливою специфікою діяльності педагога-дефектолога, якому добровільно довіряється здоров'я та виховання дитини, розкриваються перед ним усі, навіть найбільш інтимні переживання.

Відповідальність за виховання та навчання учня й турбота про його здоров'я – головна особливість етичного обов'язку вчителя-дефектолога.

Майстерність вчителя-дефектолога – це творчий процес, мистецтво умілого поєднання високорозвинутого анатомо-фізіологічного мислення з чуйним ставленням до учня з високою особистісною, професійною культурою навчання та виховання. Анатомо-фізіологічне мислення вчителя-дефектолога – це не тільки вміння узагальнити та оцінити наявні дані психолого-медико-педагогічної консультації, але й установити особистий контакт з учнем. Для успішної організації навчально-виховного процесу вчитель-дефектолог повинен скласти повне уявлення не тільки про хворобу взагалі та її прояви в кожному конкретному випадку, але й про особливості особистості учня з порушеннями ПФР. Тактика вчителя, його поведінка завжди повинні будуватися залежно від характеру учня з обмеженими можливостями, рівня його виховання,

важкості захворювання. Для кожного учня потрібен індивідуальний підхід та заходи індивідуальної дії.

У всіх випадках учні потребують утіхи. У випадках, коли дитина має незворотні патологічні зміни, вихованцю не слід говорити правду. Дитина шукає не правду, а надію. Учитель-дефектолог зобов'язаний у кожному випадку розв'язувати питання про те, „що” говорити учню і „як” говорити. *Розмова вчителя з учнем – мистецтво.*

Учителю не можна не відповісти на будь-яке, навіть саме дріб'язкове питання. Відповідь повинна звучати правдоподібно й переконливо. Етико-деонтологічний принцип у корекційній педагогіці вимагає, щоб викладач у процесі спостереження підтримував моральний стан учня якою-небудь доречною реплікою або звертав увагу навіть на незначні позитивні зрушення в навчанні та вихованні. У той же самий час необережне слово вчителя, його байдуже або безвідповідальне ставлення до учня може не тільки спричинити погіршення результатів навчання та оздоровлення, але й непередбачувальні наслідки.

Іноді вчитель може припуститися нічим не виправданої поспішності і безапеляційної претензійності при прогнозуванні можливості навчально-виховної роботи з учнем. Етична категорія справедливості тісно пов'язана з поняттями „педагогічний обов'язок”, „етичний ідеал педагога” та іншими категоріями етики і деонтології. У складному й багатогранному процесі взаємин педагога та учня важливу роль виконує мовленнєве спілкування. Під час діалогу вчителя з учнем виникає „силове поле”, воно виявляється тим підґрунтям, коли обидва партнери, учасники діалогу, відчують, зрозуміло, кожен по-своєму, індивідуальний підхід. Тоді вчитель і учень стають, так би мовити, близькими один до одного, вчитель ототожнює себе з учнем, і взаємно цим ототожненням обмінюються. Усі ці особистісні якості педагога-дефектолога являють собою невід'ємну складову його професійної культури.

Питання про взаємодію вчителя-дефектолога з родичами учнів – одне з найменш розроблених і найважчих питань. Педагог-дефектолог не повинен шкодувати часу на пояснення з родичами стану здоров'я і про можливий прогноз навчання та виховання. При розмові потрібно уникати як елементів зайвого оптимізму, так і залякування. Особливої уваги потребують ті сім'ї, де одна дитина, де дітей вже більше не буде.

У взаємостосунках із дитиною важливе значення має така якість як доброта. Проте в практичній діяльності педагога-дефектолога

трапляються випадки, коли окремі підлітки та їх родичі зловживають нею, використовуючи добре ставлення до себе в суто егоїстичних цілях. У таких випадках педагог, спираючись на професійний та етичний досвід, повинен бути справедливим і неупередженим при оцінці своїх і чужих дій, бо там, де порушується етична міра справедливості, як правило, створюються об'єктивні умови для виникнення конфліктів.

Дитина з обмеженими можливостями потребує особливого підходу з боку педагога та лікаря. Педіатричний контроль за розвитком дитини часом обмежується констатацією зросто-вагових і соматичних показників без достатнього урахування психоневрологічних особливостей, сімейної обстановки. Навіть фахівці – дитячі невропатологи та психіатри – часом схильні призначати які-небудь медикаментозні засоби замість того, щоб скласти програму індивідуальних педагогічних заходів. Головна причина – у недостатності педагогічних і психологічних знань.

Часто виникає необхідність своєчасних консультацій із колегами, лікарями та ін. Якщо виявляється „помилка” будь-якого характеру, у присутності учня (його родичів), особливо старшого віку, обговорювати ці питання абсолютно неприпустимо.

У створенні оптимальної обстановки (школа, інтернат та ін.) педагогу-дефектологу допомагає допоміжний персонал. Останні повинні добре володіти мистецтвом слова, у спілкуванні з учнями та їх родичами дотримуватися відчуття міри й такту, прикладати максимум зусиль для створення атмосфери довіри між дитиною та вчителем.

Допоміжний персонал не повинен інформувати ні учня, ні його родичів про все, що стосується його захворювання і характеру навчально-виховної роботи.

Слід пам'ятати, що навіть кращі навчально-виховні заклади не можуть адекватно замінити благотворного впливу матері на розвиток дитини. Тому слід звернути увагу на важку роботу по догляду за цією категорією дітей. Необхідно годувати, поїти їх по кілька разів на день, міняти натільну та постільну білизну, іноді ночами чергувати у ліжка. Таку роботу може виконувати тільки мужня людина, з чуйною душею.

У наш час етико-деонтологічні проблеми в корекційній педагогіці набувають нових рис. Науково-технічний прогрес, порушення екологічної рівноваги в природі, але не тільки зовнішній, спричиняють проблеми охорони рівноваги у внутрішньому

середовищі.

Дотримуватися вимог деонтології в корекційній педагогіці може вчитель, який обрав свою професію за покликанням. З урахуванням професійної діяльності вчителя-дефектолога йому потрібно мати витримку, високу самосвідомість – тоді він може здійснювати контроль над своїми емоціями та відчуттями, підпорядковуючи їх професійному обов'язку, принципам дефектологічної етики й деонтології.

14.4. Професійні якості педагога-дефектолога

Учителю, вихователю вкрай важливо розуміти, у чому полягає вища цінність, якій підкоряються всі інші цілі та цінності. Це те, про що люди мріють і сперечаються тисячоліттями, що є найважчим для людського розуміння, – *свобода*.

Сьогодні головною метою є виховання вільної людини. Щоб зростати вільною, дитина з дитинства повинна бачити поряд з собою вільних людей, і в першу чергу вільного вчителя, який вважає дитину людиною, рівною собі.

Обов'язковою умовою професіоналізму педагога-дефектолога є **комунікативна компетентність**, тобто вміння ефективно спілкуватися. Це можливе за умов:

- високого рівня знання мови, її виразних можливостей, засобів переконання;
- володіння культурою спілкування – етикетної виваженості мовлення;
- уміння застосовувати досвід мовленнєвої діяльності в конкретній сфері спілкування, у даному випадку – у навчально-виховній, методичній, науковій.

Перелік конкретних професійно-особистісних якостей, необхідних гарному вчителю, складають переконаність і самокритичність, щирість і здатність володіти собою, цілеспрямованість і гнучкість та ін. Без них навряд чи можна оволодіти професійною майстерністю, навчитися діяти вільно і доцільно.

Особистісні якості вчителя, що забезпечують ефект його емоційно-вольового впливу на процес спілкування:

- *суггестивні якості*: здатність до навіювання, до емоційного впливу на слухача, що дозволяє звертатися не тільки до його розуму, але і до почуттів, уміння збудити асоціації, активізувати роботу уяви

та фантазії учня;

➤ *перцептивні якості*: спостережливість, уміння „читати по обличчю”, визначати психічний стан партнера за зовнішніми ознаками – і відповідно реагувати, корегуючи свою поведінку, змінюючи способи впливу;

➤ *здатність емоційно переключатись* і використовувати палітру всіх емоційних засобів впливу;

➤ *уміння знаходити і нестандартно використовувати мовленнєві засоби*, адекватні для досягнення конкретної навчальної мети, конкретного комунікативного завдання.

Успіх діяльності педагога-дефектолога багато в чому визначається наявністю педагогічних здібностей. **Педагогічні здібності** – передумова для педагогічної майстерності. До структури педагогічних здібностей входить психолого-педагогічна зіркість та спостережливість, уява, організаторські здібності і педагогічний такт. Педагогічні здібності формуються в процесі діяльності. Ерудиція – обов’язкова якість педагога-дефектолога.

Визначальними ознаками професійної кваліфікації педагога-дефектолога є знання методологічних основ і категорій сучасної корекційної педагогіки; загальних закономірностей та особливостей розвитку дитини з особливими освітніми потребами, а також індивідуально-психологічних якостей особистості на різних вікових етапах; шляхів корекції та компенсації порушень у розвитку; розуміння принципів, цілей, завдань, форм і методів корекційно-розвивального навчання та соціальної реабілітації осіб з порушеннями ПФР. Ці знання становлять специфічний бік ерудиції педагога-дефектолога.

Психологи виділяють два основних стилі керівництва вчителем педагогічним процесом:

➤ *демократичний* – характеризується об’єктивним, шанобливим ставленням учителя до учнів, прагненням урахувати індивідуальні особливості, потреби і особистий досвід кожного з них; мовленнєва поведінка вчителя відрізняється в цьому випадку гнучкістю, відсутністю стереотипів;

➤ *авторитарний* – характеризується функціонально-діловим підходом до організації спілкування, чітко вираженими установками, в основі яких лежить „усереднене” уявлення вчителя про учня; як правило, педагог вважає за краще керуватися стереотипами як у оцінці можливостей учнів, так і

власних мовленнєвих діях.

Деякі дослідники (Т.А. Ладиженська, Є.Г. Речицька) пропонують додаткову градацію з урахуванням характеру особистісних міжсуб'єктних відносин у межах авторитарного або демократичного стилю:

- спілкування-залякування (авторитет учителя тримається на страху, який він викликає в учнів);
- спілкування-загравання (учитель прагне сподобатися, „знімаючи” між собою і дітьми необхідну дистанцію);
- спілкування з чітко вираженою дистанцією;
- спілкування на основі дружньої прихильності (між учителем і учнями встановлюються дружні відносини);
- спілкування на основі спільної захопленості пізнавальною діяльністю.

Дослідники зазначають, що стереотип авторитарної поведінки має тенденцію зростати зі стажем роботи, що часто це стиль учителів, які гарно знають свій предмет, і тому інформаційно-комунікативна неповноцінність такого спілкування не така наявна.

Співтворчість – головний принцип цих стилів. Хоча кожний учитель, який працює творчо, має своє уявлення про принцип взаємодії з учнями і свій варіант його визначення, у найголовнішому ці уявлення збігаються. Професіоналізм виявляється також в умінні бачити педагогічні завдання, самостійно їх формулювати, аналізуючи педагогічну ситуацію, і знаходити оптимальні засоби їх вирішення.

Для оволодіння професіоналізмом кожному педагогу, крім комунікативних, важливо сформувати:

- *гностичні (пізнавальні)* вміння – підвищення психолого-педагогічних і спеціальних знань; робота із загальною та спеціальною літературою; здатність творчо застосовувати знання з вивчених дисциплін; упровадження на практиці передових досягнень педагогічної науки;
- *дослідницькі* вміння – уміння вивчати спеціальну літературу під певним кутом зору; ставити в ході педагогічного процесу прості експерименти для визначення порівняльної ефективності змісту, методів навчання та виховання; формулювати проблемні питання;
- *проективні* вміння – вміння планувати навчально-виховний процес, підсилюючи його розвивальну спрямованість: планування, вибір оптимальних засобів, визначення завдань; обґрунтовано вибирати оптимальні засоби, методи і прийоми

- для керівництва навчально-пізнавальною діяльністю учнів з урахуванням структури порушення, а також завдань виховання і розвитку дітей на кожному віковому етапі; планувати роботу зі створення умов для розвитку особистості кожного вихованця та міжособистісних відносин у колективі;
- *конструктивно-організаторські* вміння – ефективна побудова педагогічного процесу: використання різних форм та засобів навчання, підбір та виготовлення матеріалу; виготовлення та уміле використання в процесі навчання наочного та дидактичного матеріалу з урахуванням особливостей пізнавальної діяльності дітей; володіння навичками малювання, креслення; декоративно-прикладного мистецтва; використання технічних засобів навчання; проведення громадсько-педагогічної роботи серед батьків;
 - *діагностичні* вміння – педагогічне вивчення особистості та пізнавальної діяльності учнів, дитячого колективу; встановлення відповідності знань, умінь, навичок вимогам програми; ведення повсякденного обліку освітньо-виховної роботи, користуючись різними його формами; уміння бачити зв'язок розвитку учнів з використанням різних методів освітньо-виховної роботи;
 - *координаційні* вміння – об'єднання й узгодження змісту та спрямованості педагогічних дій на учнів, які здійснюються в системі громадського та сімейного виховання; об'єднання зусиль вчителя і вихователя у вирішенні завдань, які стоять перед спеціальною школою; встановлення ділових контактів із колегами та сім'ями учнів, аналіз відносин, які склалися в сім'ї; здійснення керівництва учнівським колективом;
 - *комунікативні* вміння – виявляються у творчій співпраці, стилі стосунків педагогів-дефектологів із колегами, дітьми та батьками; встановлення педагогічно доцільних відносин з дітьми (шанобливість, доброзичливість, довіра, вимогливість, терпіння і т.ін.) у процесі навчання та виховання.

На сучасному етапі розвитку суспільства у використанні різних педагогічних систем в освіті осіб з порушеннями психофізичного розвитку важливим виявляється готовність майбутнього фахівця, сучасного вчителя-дефектолога до експериментальної роботи, інноваційної діяльності.

Критеріями здатності вчителів займатись інноваційною діяльністю є:

– *мотиваційно-творча спрямованість* особистості – допитливість, творчий інтерес; прагнення до творчих досягнень, прагнення до самовдосконалення;

– *креативність* – варіативність педагогічної діяльності; фантазія, уявлення; потреба у засвоєнні педагогічних новин; гнучкість, критичність мислення, здатність до оціночних суджень, самоаналізу, рефлексії, здібність до створення авторської концепції, особистісно орієнтованих технологій навчання.

Професійний обов'язок педагога-дефектолога – *вдосконалення своєї кваліфікації*. Це неодмінна умова творчої діяльності та підвищення педагогічної майстерності. Основи для формування професійної майстерності закладаються під час навчання у вузі. Подальше ж формування педагога відбувається в процесі самостійної практичної діяльності на основі глибокого оволодіння її науковими основами, новітніми досягненнями передового педагогічного досвіду. Поглиблення і розширення знань у галузі педагогіки та психології (загальної і корекційної), спеціальних методик – необхідна умова вдосконалення діяльності педагога-дефектолога, підвищення ефективності навчально-виховної роботи з метою успішного вирішення ключового завдання – здійснення гармонійного розвитку особистості дитини з порушеннями психофізичного розвитку та успішної інтеграції її в суспільство.

Контрольні запитання та завдання

1. Визначте роль учителя в навчанні, вихованні та розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку

2. Обґрунтуйте вирішальну роль діяльності педагогів-дефектологів у соціальній адаптації дітей з обмеженими можливостями.

3. Які обов'язки є спільними для педагогів масової та спеціальної шкіл? Які специфічні завдання мають дефектологи?

4. Які вимоги висуваються до особистості педагога-дефектолога?

5. Які особистісні та професійні якості педагога-дефектолога, на ваш погляд, є найважливішими? Охарактеризуйте ці якості.

6. Визначте сутність дефектологічної деонтології.

7. Охарактеризуйте взаємостосунки дефектолога й учня як складову складних проблем педагогічної етики взагалі та дефектологічної деонтології зокрема.
8. Які особистісні якості повинен мати вчитель-дефектолог?
9. Сформулюйте вимоги до професійних умінь педагога-дефектолога.
10. Складіть професіограму педагога-дефектолога.

Література

1. Бондар В. І. Стан спеціальної освіти та динаміка її змін / В. І. Бондар / Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство : науково-методичний збірник / ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. – К. : Контекст, 2000. – С. 336.
2. Дьячков А. И. Основы обучения и воспитания аномальных детей / под общ. ред. А. И. Дьячкова. – М. : Просвещение, 1965. – 343 с.
3. Засенко В. В. До концепції стандартів освіти осіб з вадами слуху / В.В. Засенко // Дефектологія. – 2000. – № 4. – С. 2–4.
4. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Флинта, 2000. – 104 с.
5. Синьов В. М. Основы дефектологии : навч. посібник для студ. пед. ін-тів / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 143 с.
6. Сурдопедагогика: учеб. для студ. высш. пед. заведений / под ред. Е. Г. Речицкой. – М. : ВЛАДОС, 2004. – 655 с.
7. Янаданова Т. І. Психологічний аналіз самооцінки вчителя-дефектолога / Т. І. Янаданова // Дефектологія. – 2001. – № 2. – С. 37–43.

РОЗДІЛ XV. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РОЗВИТКУ КОРЕКЦІЙНОЇ ОСВІТИ

15.1. Сучасна стратегія розвитку корекційної освіти в Україні

Докорінне реформування й удосконалення національної системи освіти внаслідок високої динамічності соціально-економічних процесів і трансформацій в Україні, потребує безперервного оновлення теоретико-методологічного підґрунтя цієї галузі. Не є винятком у цьому контексті й корекційна освіта, пошуки нової парадигми якої відображаються в розвитку її науково-практичної основи – корекційної педагогіки.

Становлення нової стратегії розвитку корекційної педагогіки пов'язане також і зі змінами соціально-психологічного та соціально-економічного ставлення до самого об'єкта відповідної соціальної політики – осіб з обмеженими можливостями, нового розуміння поняття „інвалідність”, із застосуванням нової моделі інвалідності – *соціальної*, де проблема фізичних, сенсорних чи ментальних обмежень людини розглядається насамперед як соціальна. Актуальною є *побудова теоретичних і методологічних підвалин освіти* людей з інвалідністю будь-якого віку та будь-якого типу фізичних і сенсорних вад.

Результатом нового підходу до трактування процесу реабілітації людей з вадами здоров'я, з огляду на соціальну модель інвалідності, є світова і вітчизняна тенденція до такої моделі здобуття освіти особою з обмеженими можливостями, коли вона навчається не у спеціальному закритому закладі, а включена в навчальний процес у звичайному освітньому закладі. Це відповідає ідеям *інклюзивної освіти*.

Розроблення *науково-методичних засад для інклюзивного навчання осіб з обмеженими можливостями* також має стати одним із основних завдань сучасної корекційної педагогіки.

Нова стратегія цієї галузі науки не може не враховувати й таку державну проблему, як *підготовка спеціалістів для інклюзивного навчання осіб з обмеженими можливостями*. Особливо це актуально для системи вищої та професійно-технічної освіти.

У системі соціальної реабілітації осіб з особливими потребами найважливішою має стати саме освіта та професійна реабілітація, оскільки:

1) у постіндустріальні часи в сучасному інформаційному суспільстві освіта та опанування інтелектуальними технологіями посідають головне місце при визначенні ролі індивіда в соціумі;

2) через освіту, надання певної професії особі з обмеженими можливостями суспільство найшвидше може досягнути мети її соціальної реабілітації та інтеграції.

Система професійної реабілітації громадян з інвалідністю в Україні має певні здобутки й досягнення, але, на жаль, не повністю відповідає вимогам часу й потребам суспільства. Зайнятість і самозайнятість осіб з обмеженими можливостями зменшуються – відповідно зростає пенсійний тиск на бюджет. Система професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями потребує реформування, певних теоретико-методологічних засад розвитку.

Тому можна дійти висновку, що наступним стратегічним напрямом розвитку корекційної педагогіки є *наукове обґрунтування системи професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями в Україні*. Тут корекційна педагогіка має бути підґрунтям для всіх без винятку елементів ланцюга реабілітації: крім освіти, професійного відбору, професійної апробації, працевлаштування та професійної адаптації на робочому місці.

В експериментальній площині корекційна педагогіка має відпрацьовувати такі новітні технології навчання та форми організації освітнього процесу, які сприяють підвищенню його ефективності і є незамінними в навчанні учнів і студентів з обмеженими фізичними можливостями. Найкращим прикладом може слугувати *модульне структурування дидактичного матеріалу та модульно-рейтингова організація навчання*.

Корекційна педагогіка має свої науково-методологічні інтереси і в таких сучасних, популярних у всьому світі освітніх технологіях та формах організації освітнього процесу, як *дистанційне та відкрите навчання*.

У цілому освітні технології, що мають бути до арсеналу корекційної педагогіки, лежать у площині особистісно орієнтованої освіти, яка забезпечує розвиток і саморозвиток особистості учня з огляду на виявлені його індивідуальні особливості як суб'єкта пізнання і предметної діяльності.

Привабливість такої освітньої філософії для осіб з обмеженими можливостями полягає в тому, що вона ґрунтується на визнанні за кожним учнем права вибору власного шляху розвитку через створення індивідуальних програм розвитку й альтернативних форм

навчання. Наступним соціальним замовленням для корекційної педагогіки має бути супровід системи раннього втручання та соціальної реабілітації дітей з особливими потребами. Ця система в наш час бурхливо розвивається через створення в державі центрів ранньої соціальної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

У державній Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів зазначено, що серед основних принципів ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів має бути „системний (не ізольований від інших форм реабілітації) підхід до ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, який забезпечить їм реалізацію можливостей, гарантованих кожному громадянину Конституцією України”.

Системність та цілісність має бути наріжним каменем побудови нових принципів корекційної педагогіки. І тут можна звернути увагу на новітню наукову парадигму, яку називають синергетичною. Застосування міждисциплінарного підходу та системно-синергетичних принципів освіти в корекційній педагогіці буде відповідати, на нашу думку, вимогам сучасності.

Оскільки ми нині живемо в постіндустріальному „інформаційному суспільстві”, розвиток корекційної педагогіки не можна уявити без застосування сучасних інформаційно-телекомунікаційних технологій, які є як засобом корекційної освіти, так і інструментом наукових досліджень у цій галузі.

Потребують фундаментального опрацювання теоретико-методологічні підходи до дослідження психолого-педагогічних проблем інвалідності та прикладні, технологічні питання, пов’язані з методичними системами і прийомами корекційної роботи при суттєвих ускладненнях процесів розвитку і соціалізації особи. Зміни й оновлення у практичних сферах освіти й виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку потребують передусім теоретико-методологічного підґрунтя. Перспективними напрямками розвитку корекційної освіти в Україні є такі:

- створення в Україні законодавчої бази для забезпечення освітніх потреб осіб, можливості яких отримати освіту обмежені їх вадами, станом здоров’я або конкретними соціальними умовами;
- розроблення новітніх інноваційних технологій навчання і виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку;
- розроблення теоретичних основ і конкретних методик ранніх диференціальних діагностик аномального стану;

- розроблення сучасних технічних засобів корекції;
- створення нових психологічних технологій у роботі з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку;
- визначення шляхів ефективної інтеграції дітей з порушеннями психофізичного розвитку в середовище здорових однолітків та їх науково-методичне й дидактичне забезпечення;
- визначення нових сфер професійної підготовки дітей з фізичними і (або) психічними вадами;
- розроблення шляхів співпраці із сім'ями дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями;
- визначення та узагальнення історії української корекційної педагогіки;
- наукове обґрунтування системи професійної підготовки, підвищення кваліфікації дефектологічних кадрів;
- удосконалення фахової підготовки і перепідготовки педагогічних кадрів для роботи з дітьми з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання, удосконалення нормативно-правового, фінансово-економічного, науково-методичного забезпечення, орієнтованого на реалізацію інклюзивної освіти.

15.2. Модель діяльності сучасного вчителя-дефектолога

Під моделлю спеціаліста розуміють аналог його діяльності, виражений у репрезентативних характеристиках, які виділяються при дослідженні умов функціонування та існування сукупності спеціаліста. Це опис упорядкованої сукупності професійних цілей, функцій і якостей спеціаліста, необхідних для ефективної його діяльності відповідно до потреб зазначеної виробничої сфери (С.П. Миронова, 2007).

У науково-педагогічних джерелах модель спеціаліста розглядають його професіограму. Зокрема, О.Д. Гонєєв (1999) визначає професіограму як своєрідну модель діяльності й особистості педагога, яка відображає його основні функції і визначає перелік основних педагогічних знань, умінь, особистісних якостей.

Наукове вивчення педагогічної діяльності будується на принципах порівняльного дослідження, якісно-кількісного аналізу та системного підходу до побудови її моделей. З огляду на системність дослідники моделей педагогічної діяльності виділяють її структурні

компоненти; функції; уміння, здібності та основні якості педагога. Конкретний вибір моделі залежить від завдань дослідження, його концепції. Проте незалежно від них у більшості моделей чільне місце посідає опис діяльності педагога.

Професійна діяльність корекційного педагога спрямована на досягнення мети спеціального освітнього закладу, визначеної „Положенням про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат (школу, клас) України для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку”: розвиток і формування особистості, забезпечення соціально-психологічної реабілітації і трудової адаптації учня, виховання в нього загальнолюдських цінностей, громадянської позиції. Конкретизація цієї мети здійснюється через виконання основних професійних завдань залежно від посадових обов’язків педагога.

Професійний рівень діяльності корекційних педагогів не може бути однаковим. Для оцінки рівня професійної майстерності фахівця та стимулювання його професійного зростання у кваліфікаційній характеристиці вчителя-дефектолога застосовуються така класифікація за категоріями й вимогами:

➤ **вища категорія** – педагог виявляє високий рівень професіоналізму, ініціативи, творчості, досконало володіє ефективними формами, методами організації, навчально-виховного, корекційно-реабілітаційного процесу, забезпечує високу результативність, якість своєї праці, відзначається загальною культурою, моральними якостями, що слугують прикладом для наслідування;

➤ **I категорія** – педагог виявляє ґрунтовну професійну компетентність, добре володіє ефективними формами, методами організації, навчально-виховного, корекційно-реабілітаційного процесу, забезпечує високу результативність, якість своєї праці, відзначається загальною культурою, моральними якостями, що слугують прикладом для наслідування;

➤ **II категорія** – педагог виявляє достатній професіоналізм, використовує сучасні форми, методи навчання та виховання, корекційно-реабілітаційної роботи, досяг вагомих результатів у педагогічній діяльності, відзначається загальною культурою, моральними якостями, що слугують прикладом для наслідування;

➤ **спеціаліст** – професійно компетентний, забезпечує нормативні рівні й стандарти навчання та виховання дітей, які мають вади у фізичному або розумовому розвитку, відповідає загальним

етичним та культурним вимогам до педагогічних працівників (Кваліфікаційні характеристики вчителя-дефектолога, 1994).

На думку С.П. Миронової (2007), ці оцінки видаються недосконалими, оскільки не охоплюють повною мірою всіх видів професійної діяльності корекційного педагога. Дослідниця пропонує таку структуру педагогічної діяльності корекційного педагога (табл. 6).

Таблиця 6. Структура педагогічної діяльності корекційного педагога

Компоненти	Характеристика
Суб'єкт	Корекційний педагог
Об'єкт	Особистість дитини з порушеннями психофізичного розвитку
Мета	Розвиток і формування особистості
Дії	Посадові обов'язки, визначені кваліфікаційною характеристикою вчителя, вихователя певного закладу
Засоби	Методи і засоби навчання і виховання; корекційні засоби і прийоми; особистість корекційного педагога
Продукт	Освіченість і вихованість особистості; психічні новоутворення

Зміст діяльності деталізується видами та напрямками роботи. У змісті фахової діяльності корекційного педагога С.П. Миронова (2007) виділяє:

- навчальну роботу;
- виховну роботу;
- корекційну роботу;
- методичну роботу;
- роботу з батьками вихованців;
- науково-дослідну діяльність;
- пропагандистську діяльність.

Діяльність корекційного педагога реалізується через здійснення таких функцій:

– *діагностичної* – різнобічне вивчення дитини з порушеннями психофізичного розвитку; дослідження стану емоційно-вольової сфери; виявлення можливостей дитини; вивчення родини, що виховує дитину з визначеними порушеннями;

– *орієнтаційно-прогностичної* – моделювання педагогічного процесу; визначення завдань корекційно-виховної роботи та етапів її здійснення; прогнозування результатів навчально-виховної та корекційної роботи; визначення напряму співпраці з сім'єю;

– *конструктивно-проектувальної* – планування змісту та методики навчальної, виховної і корекційної роботи; проектування власної майбутньої діяльності та поведінки при взаємодії з вихованцями, їхніми батьками, колегами, представниками громадських організацій; проектування змісту корекційно-виховної роботи в сім'ї; проектування діяльності й поведінки батьків у взаємодії з дитиною;

– *корекційної* – виправлення чи послаблення порушень психофізичного розвитку дитини; профілактика ускладнень структури дефекту; створення умов для розвитку дитини з обмеженими можливостями; гармонійний розвиток особистості дитини; навчання батьків прийомам організації ігрової та навчальної діяльності дитини, окремим корекційним прийомам і методам;

– *організаційної* – включення дітей у заплановану освітньо-виховну і корекційну роботу; організація різних видів діяльності дітей; організація власної діяльності; координація роботи різних спеціалістів (психолога, вихователів); включення батьків у навчально-виховний процес; налагодження взаємодії з державними і недержавними організаціями;

– *інформаційно-пояснювальної* – відбір і опрацювання інформації (наукової, світоглядної, морально-естетичної); передача дітям доступної інформації (освітньої, морально-етичної та ін.); інформування батьків і громадськості про проблеми дітей з обмеженими можливостями, їх потенційні можливості та перспективи;

– *комунікативно-стимулювальної* – встановлення адекватних взаємостосунків і адекватне спілкування з дітьми, батьками, колегами; стимулювання дітей до активної діяльності; зацікавлення дітей різними видами роботи; переконання батьків, виховання з них своїх однодумців; заохочення громадських та інших організацій до розв'язання проблем дітей з порушеннями психофізичного розвитку;

– *аналітико-оцінювальної* – аналіз процесів навчальної, виховної, корекційної роботи; виявлення позитивних сторін та недоліків у професійній діяльності, у діяльності дітей; порівняння досягнутих результатів з визначеною метою і завданнями; аналіз

процесу роботи із сім'ями; ведення відповідної обліково-звітної документації;

– дослідницько-творчої – робота з професійно значущими літературними джерелами та періодичними виданнями; застосування педагогічної теорії, новітнього педагогічного досвіду; пошуки шляхів удосконалення навчально-виховного процесу і корекційної роботи; висування гіпотез, проектування і проведення нескладних експериментів; спонукання батьків до читання спеціальної літератури, методичних рекомендацій; формування індивідуального педагогічного стилю.

Модель сучасного педагога має містити вимоги до рівня компетентності, розвитку і вихованості фахівця з огляду на виконання ним трьох найважливіших функцій: навчання, розвитку, виховання з обов'язковим урахуванням підвищення рівня педагогічної майстерності.

15.3. Особливості професійної діяльності корекційного педагога в роботі із сім'ями, що виховують дітей з особливими потребами

Необхідність активного вивчення сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами, обумовлена насамперед тим, що саме сім'я вважається як основний стабілізуючий фактор адаптації дитини. Саме з власної сім'ї дитина виносить у доросле життя перші уявлення про морально-людські цінності, норми поведінки, характер взаємовідносин між людьми. У сім'ї діти не лише наслідують близьких, а й орієнтуються на їхні соціальні та моральні установки. Тому психологічна зрілість батьків, їхні ідеали, досвід соціального спілкування найчастіше мають вирішальне значення в розвитку дитини.

Сім'я – це мікросоціум, у якому формуються моральні якості дитини, її ставлення до людей, уявлення про характер міжособистісних взаємин. І цей факт не можна не враховувати як в діагностичній, так і в подальшій корекційній роботі із дитиною з проблемами в розвитку.

Головне для дітей з обмеженими можливостями – максимально оволодіти навичками самообслуговування, навчитись орієнтуватися в навколишньому світі і жити самостійно, наскільки це можливо. Тому батькам, педагогам та іншим фахівцям необхідно вибрати найбільш

оптимальні умови та форми навчання, виховання, фізичного розвитку, що забезпечують нормальне життя таких дітей у суспільстві.

Кожна людина повинна мати можливість отримувати необхідні знання, формувати вміння і навички, навчаючись у школі чи вдома. Це стосується до всіх дітей, зокрема й дітей з обмеженими можливостями. Мета виховання полягає в тому, щоб допомогти дитині самостверджуватися і соціально інтегруватися, наскільки дозволяють її можливості, обмежені структурою дефекту.

Метою навчання та виховання дитини з обмеженими можливостями є всебічний розвиток її особистості, який полягає не в корекції окремих функцій, а передбачає цілісний підхід до особистості дитини. Сутність особистісно-орієнтованого походу полягає в тому, щоб підняти на більш високий рівень всі потенційні можливості дитини: психічні, фізичні, інтелектуальні, тобто ті можливості, які забезпечать їй самостійну життєдіяльність у майбутньому. Цю функцію виховання дитини виконують насамперед, сім'я, батьки, які іноді не спроможні забезпечити гідне виховання і потребують додаткової допомоги.

У спеціальних (корекційних) школах проводиться багато різних заходів для учнів, які охоплюють підготовчу, корекційну та соціально-адаптаційну роботу. Школа при цьому виконує кооперативну роль. Вона може надавати батькам необхідні знання та рекомендації та дієву допомогу дітям. Тому тісна співпраця між батьками і школою є одним з важливих аспектів педагогічної діяльності. Вона має різні форми. Це відвідування учнів вдома, регулярні бесіди з батьками, консультації, поради, допомога батьків школі та інші зустрічні кроки.

Діти, що мають проблеми в розвитку, є складною і різноманітною групою. Порушення зору, слуху, інтелекту, опорно-рухового апарату по-різному позначаються на формуванні соціальних зв'язків дітей. Але незалежно від характеру патології для правильно організованого виховання дитини батьки повинні мати чітке уявлення про причини відхилення від нормального розвитку і про ймовірні наслідки.

Народження дитини з дефектом розвитку на різних батьків впливає неоднаково, але в своїй більшості виявляється як сильний психологічний стрес, результатом якого може бути порушення функціонування психіки в результаті пережитого шоку. Виділяють кілька схем реагування батьків на появу дитини, з тим або іншим дефектом:

- прийняття дитини та її дефекту – батьки приймають дефект, адекватно оцінюють його і проявляють щодо дитини справжню відданість;
- реакція заперечення – заперечується, що дитина має дефект;
- реакція надмірного захисту, опіки – батьки сповнені відчуття жалості і співчуття, що виявляється в надмірно дбайливому і захисному від всіх небезпек типі виховання дитини;
- приховане зречення, відкидання дитини – дефект вважається ганьбою; негативне ставлення й огида до дитини ховається за надмірно дбайливим, попереджувальним вихованням;
- відкрите зречення, відкидання дитини – дитина приймається з огидою і батьки повністю усвідомлюють свої ворожі почуття.

Перераховані реакції мають неконструктивний характер і можуть стати лише перешкодою на шляху адаптації самої дитини та її батьків. Найбільш правильно видається спільна з фахівцями робота з пошуку раціональних шляхів соціальної адаптації дітей, турбота про їхнє майбутнє, виховання, освіту, працевлаштування, які відповідали б реальним можливостям молодшої людини.

Поява дитини з обмеженими можливостями в сім'ї ставить батьків перед фактом розширення соціальних контактів з різними установами, організаціями і службами. Усвідомлюючи свою відповідальність перед малюком, батьки повинні, не втрачаючи часу, починати діяти, проявляючи відповідну активність з метою створення необхідних умов для організації повноцінного розвитку і виховання дитини. Така активність є корисною, оскільки вона дозволить батькам легше пережити депресивний стан, викликаний появою дитини з дефектом у розвитку, а також зможе дати позитивний імпульс для своєчасного її лікування, виховання та розвитку.

За типом внутрісімейних відносин і стилем сімейного виховання розрізняють чотири групи сімей:

1. Батьки з вираженим розширенням сфери батьківських відчуттів. Характерний для них стиль виховання – гіперопіка, коли дитина є центром всієї життєдіяльності сім'ї, унаслідок чого комунікативні зв'язки з оточенням деформуються. Цей стиль сімейного виховання характерний для більшості сімей матерів-одиначок.

2. Сім'ї, які характеризуються стилем холодного спілкування – зниженням емоційних контактів батьків з дитиною, проекцією на

дитину з боку обох батьків або одного з них власних небажаних якостей.

3. Сім'ї, які характеризуються стилем співпраці – конструктивна і гнучка форма взаємовідповідальних батьків і дитини в спільній діяльності.

4. Сім'ї, які мають репресивний стиль сімейного спілкування, що характеризуються батьківською установкою на авторитарну лідируючу позицію (частіше батьківську). При такому стилі виховання в дітей переважає афектно-агресивна поведінка, плаксивість, дратівливість, підвищена збудливість. Це ще більш ускладнює їхній фізичний і психічний стан.

Гендерна характеристика сімей підтверджує той факт, що жінки є тими членами сім'ї, які несуть головний тягар турбот про дитину. У сім'ях, що мають дітей з інвалідністю, дуже високий відсоток розлучень.

Щоб батьківська любов стала силою, яка формує характер і психічний стан дитини, на думку Л.М. Шипіциної (2002), батьки дітей з обмеженими можливостями повинні мати такі ключові риси:

- віру в життя, внутрішній спокій, щоб не заражати своєю тривогою дітей;
- будувати свої відносини з дитиною на очікуванні успішності, що визначається батьківською вірою в її сили і можливості;
- чітко знати, що дитина не може вирости без атмосфери похвали;
- розвивати самостійність своєї дитини і тому для її ж блага (по можливості) скорочувати поступово свою допомогу до мінімуму.

Багато батьків можуть допомогти своїм дітям, якщо почнуть застосовувати систему корекційного виховання якомога раніше, уже з перших місяців життя дитини, оскільки саме перші 2–3 роки життя є критичними в її розвитку, етапом формування „функціональних ансамблів” нервово-психічної діяльності.

Необхідно переконати батьків, що дитина відрізняється від нас і зовні, і внутрішньо. Вона не хвора, вона просто інша. У неї інша мова, інша система сприйняття, відмінні від наших цінності та мотиви. Найважливішим у роботі з „особливою” дитиною є прийняття її самої. Як тільки ми відійдемо від поняття „хвороби” і сформуємо сприйняття дитини як особливої, відмінної від нас людини, ми зможемо найбільш ефективно працювати з нею (Т.Д. Зінкевич-Євстигнеєва, Л.А. Нісевич, 1998).

Важливо навчити батьків методам і методичним прийомам, які вони зможуть застосовувати в процесі виховання своєї дитини:

1. **Метод моделювання різних побутових ситуацій.** Дитина розвивається, спостерігаючи за щоденними подіями вдома: приготування їжі, прання білизни, розмова батьків по телефону і т.ін. Для того, щоб „особлива” дитина опановувала ці ситуації, щоб вона відчувала себе в них комфортно, батьки можуть створювати подібні ситуації і навчити дитину елементарних дій: як потрібно брати телефонну трубку, куди натискати, як ввічливо відповісти на дзвінок, що дає дитині певний досвід, який поступово накопичується, готує її до самостійного життя.

Моделюючи різні ситуації і пропонуючи дитині їх конкретне вирішення, батьки допомагають уникнути ситуацій невизначеності, які викликають у „особливої” дитини тривогу, а іноді й агресію.

2. **Ігровий метод** – різні сюжетно-рольові ігри, ігри, що моделюють поведінку, домашні вистави, розвивальні та рухливі ігри. Гра – це осмислена діяльність, тобто сукупність осмислених дій, об’єднаних єдністю мотиву. Гра є найважливішою самостійною діяльністю дитини та має велике значення для її фізичного і психічного розвитку, становлення індивідуальності та формування колективу. Гра захоплює дитину, дає їй радість, викликає позитивні почуття і переживання, задовольняє її інтереси в творчому відображенні життєвих вражень. Гра привчає до порядку. Система правил у грі абсолютна і незаперечна. Неможливо порушувати правила і бути в грі. Ця якість – любов до порядку є дуже цінною у нашому нестабільному, хаотичному світі.

3. **Зміна обстановки.** Виїзди на природу, прогулянки в ліс, на озеро і т.ін. Природа дає дитині з обмеженими можливостями дуже багато. Вона почуває себе більш розкутою, на неї не тисне місто своїми правилами. У лісі можна й покричати, і побігати, а виплеск емоційної енергії потрібен дитині. Такі поїздки мають навчальне значення. Можна познайомити дитину з назвами квітів і дерев, комах і птахів. Можна пограти з нею в прості рухливі ігри. Навчити її чогось, наприклад, того, що не можна брати в рот, а що їстівне. Навчити збирати ягоди, гриби, на власному прикладі показати, як потрібно охороняти природу, і т.ін.

4. **Метод творчих завдань**, доступних для дитини: намалювати, виліпити з пластиліну або глини, вирізати з паперу, розфарбувати картинку, зробити аплікацію та ін. У даний час проводиться велика кількість конкурсів і виставок робіт дітей з обмеженими

можливостями. Вони хочуть бути чимось корисними, їм потрібно тільки трохи допомогти.

5. **Метод тісної співпраці фахівців і сім'ї.** Деякі спеціальні (корекційні) освітні установи практикують спільні наради батьків і фахівців. На нараді обговорюється подальша програма для дитини, розробляється так званий маршрут розвитку дитини. Може обговорюватися, у якому класі (групі) краще дитині навчатися, які види діяльності для неї кращі, якими навичками вона вже володіє, а які їй ще потрібно прищеплювати, і т.ін. Це дієвий метод, який допомагає і дитині, і батькам. Фахівці можуть допомогти скласти план домашнього виховання, розповісти, як і чим можна займатися, на що потрібно звернути увагу (Т.Д. Зінкевич-Євстигнєєва, Л.А. Нісневіч, 1998).

6. **Театр.** У ньому зосереджено багато важливих моментів реабілітації, де дитина набуває знання через діяльність. Спектакль, створений батьками, має особливу енергетику. Діти можуть безпосередньо взаємодіяти з героями в домашній обстановці. Якщо це ляльковий спектакль (ляльки можуть бути виготовлені вдома разом з дитиною, що нескладно), то це додає спектаклю незвичайну чарівну силу. Адже не тільки ляльку можна створити, можна ще самим і написати казку, обговорити якусь проблему, актуальну на даний момент, і казковим чином знайти шляхи вирішення цієї проблеми.

Працюючи таким чином, батьки й самі починають краще розуміти дитину, шукати творче вирішення проблем, що виникають.

У корекційно-виховному процесі необхідно прагнути виховати в дитини самостійність, упевненість, мобільність. Для цього необхідно:

- сформувати вміння і навички, необхідні для самостійного життя;
- учити спілкуватися;
- досягти формування в дитини такого психологічного стану, коли вона сприймає свій дефект (ваду) як одну зі своїх якостей, що відокремлюють її індивідуальність від інших, і не більше того.

Щоб досягти такого стану, дорослим не можна надмірно опікуватися дитиною, проявляти жалість, знижувати вимоги, а для цього слід створити сприятливі умови для досягнення життєвих цілей:

- навчити спілкуватися;
- визначити життєві цінності;
- навчити досягати поставленої мети;

- навчити жити, не перебуваючи в залежності від здорових (за можливістю);
- викоренити споживацьку психологію та замінити її умінням отримувати радість;
- навчити поважати бажання інших, їхні інтереси (Л. Савчук, 2011).

Психологічна допомога батькам має полягати в руйнуванні непотрібної стіни, на якій зранена психіка батьків викарбувала слова: „Моя дитина не така як усі, вона гірша”. Ця гіркота та розчарування зникнуть тоді, коли з’являться перші успіхи в дитини.

Зусилля педагогів щодо залучення батьків дітей з особливими освітніми потребами до корекційно-виховної роботи сприятиме навчанню й розвитку дітей, попередить їхню дискримінацію за ознаками, пов’язаними з тією чи іншою індивідуальною характеристикою дитини чи її сім’ї, яка б морально не пригнічувала ні самої дитини, ні її батьків. Успіх цього процесу визначальною мірою залежить від розуміння кінцевої мети, спільних зусиль практичних працівників, науковців, усієї педагогічної громадськості.

Основними завданнями корекційної педагогічної роботи в родині є:

1. Реконструкція батьківсько-дитячих взаємин.
2. Оптимізація подружніх і внутрішньосімейних взаємин.
3. Гармонізація міжособистісних відносин між парою – матір і дитини та членами родини, членами родини та іншими (сторонніми) особами.
4. Корекція неадекватних поведінкових і емоційних реакцій батьків дітей з особливими потребами.
5. Розвиток комунікативних форм поведінки, що сприяють самоактуалізації і самоствердженню дорослих, які виховують дитину з особливими потребами.
6. Формування навичок соціальної взаємодії.
7. Особистісне зростання кожного з членів родини дитини з особливими потребами під час корекційних занять.

Психокорекційний процес має будуватися на основі індивідуально-диференційованого експериментального підходу до особистісних особливостей членів сім’ї дітей з особливими потребами.

В основу роботи корекційного педагога із родиною, де є дитина з особливими потребами, крім принципу комплексного підходу до

організації корекційно-педагогічного процесу, мають бути покладені й принципи:

- **єдності діагностики і корекційно-педагогічного процесу.** Обстеження дитини різними фахівцями проводиться для виявлення (визначення) її актуального та потенційного рівнів розвитку, соматичного стану і т.ін., а також для визначення шляхів корекційно-педагогічної роботи у формі, зокрема, складання індивідуальної програми розвитку;
- **тісної співпраці між батьками і фахівцями, батьками та дітьми.** Слід зазначити, що батьки шукають підтримки та допомоги фахівця, прислуховуються до нього і виконують його поради лише тоді, коли професіонал сприймає батьків не як „об’єкт свого впливу”, а як рівноправного партнера по корекційному процесу. Так само стосунки між корекційним педагогом і дитиною та батьками і дитиною мають будуватися за відомим принципом особистісно-орієнтованої педагогіки;
- **урахування інтересів (принцип вирішення того чи іншого завдання через інтерес),** за якого фахівцеві потрібно достатньо тактовно й аргументовано підходити до відповідей на питання, що цікавлять батьків дитини;
- **провідної діяльності** – розвиток дитини відбувається в межах її основної діяльності, отже, і співпраця корекційного педагога та родини повинна спрямовуватися на формування діяльності дитини відповідно до її віку, можливостей, інтересів (Д.І. Шульженко, 2009).

У корекційній роботі з батьками фахівці повинні використовувати сучасні форми і методи роботи, ураховуючи індивідуальні особливості батьків, типи сімей, міжособистісні стосунки та стилі виховання. Робота фахівців і батьків, які мають дитину з особливими потребами, має бути регулярною і довготривалою. Тому фахівці повинні надавати на різних лекціях, семінарах, заняттях, тренінгах і практикумах теоретичні знання батькам і навчати техніці і прийомам роботи з даною дитиною.

Однією з основних проблем, яка потребує свого вирішення, стає проблема забезпечення умов і заходів для довготривалого, узгодженого, повноцінного освітнього та корекційного процесу для дітей з особливими потребами, створення матеріально-технічної та методично-дидактичної бази навчання, підготовка та навчання

корекційних педагогів для роботи із сім'ями, де виховуються діти з особливими потребами.

Важливим аспектом співпраці із сім'ями, які виховують дітей з обмеженими можливостями, є створення громадських об'єднань батьків таких дітей. Одним із дієвих способів надання допомоги сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями, є „батьківський клуб”. Батьківський клуб як об'єднання батьків, що виховують дитину з обмеженими можливостями в розвитку, ставить перед собою такі завдання:

1. Формування адекватного сприйняття батьками своєї дитини: важливо відійти від поняття „хвороба” і перейти до поняття „особливі закони розвитку”.

2. Формування сприятливого мікроклімату в сім'ї для максимального розкриття наявних у дитини особистісних, творчих і соціальних ресурсів.

3. Формування партнерських взаємовідносин батьків з установами, що реалізують взаємозв'язок і взаємодоповнення знань, збагачення досвідом.

4. Особистісний та соціальний розвиток батьків, формування навичок соціальної активності і конструктивності поведінки.

У батьківському клубі використовуються різноманітні форми роботи. Серед них, традиційні і нетрадиційні:

- індивідуальні консультації з питань розвитку дитини;
- організація виїзних заходів: відвідання театрів, музеїв, виставок, виїзд за місто та ін.;
- освітні семінари;
- психологічні тренінги;
- громадські акції;
- прес-клуби та тематичні круглі столи;
- публікації досвіду виховання дитини в сім'ї;
- зустрічі з представниками влади;
- заняття в системі „дитина – батьки – спеціаліст”;
- участь в експертизі динаміки розвитку дитини.

У процесі реалізації освітнього і психотерапевтичного аспектів роботи переважають моделювання, прогнозування, інтерв'ювання, тестування, методи психолого-педагогічного впливу з акцентом на сучасну креативну методологію (казкотерапія, арт-терапія, ігротерапія, пісочна терапія, музикотерапія, кінотерапія, релаксаційний практикум тощо). Для узагальнення та систематизації отриманого досвіду використовуються методи узагальнення та

систематизації, опис отриманих результатів (публікації їх в пресі, розроблення рекомендацій, створення відеофільмів, розповсюдження інформації в мережі Інтернет). Отже, робота з батьками дітей з особливими потребами має широкий діапазон проблем, які вирішуються комплексно, використовуючи теоретичні, діагностичні та експериментальні методи.

Модель діяльності батьківського клубу може передбачати роботу за такими напрямками:

– **освітній**. Мета освітньої діяльності – формування в батьків адекватного сприйняття дитини, прийняття її особливостей, темпу і своєрідності розвитку. Заходи даного напрямку здійснюються в індивідуальній та груповій формі за допомогою лекційних та семінарських занять, а також занять у системі „дитина – батьки – спеціаліст”.

Завдяки заходам освітнього напрямку створюється спільна мова між фахівцями і батьками, змінюється ставлення до дитини і до себе;

– **психотерапевтичний**. Його мета – зниження рівня психоемоційного напруження, формування позитивного образу майбутнього для дитини і сім’ї в цілому. Заходи даного напрямку здійснюються в індивідуальній та груповій формі з використанням сучасних методів психотерапії та психологічного консультування: релаксаційний практикум, казкотерапія, арттерапія, данстерапія, формопластика та ін.

Завдяки методам психотерапевтичного впливу батьки стають спокійнішими, схильними до співпраці, сприймають майбутнє досить позитивно, виявляють бажання до конструктивних змін. При цьому відбувається значна стабілізація психоемоційного стану і в дітей;

– **соціально-тренінговий**. Мета заходів – навчання батьків адекватних і ефективних форм поведінки в різних соціальних ситуаціях та відносинах. Здійснюються вони переважно в груповій формі. На заняттях моделюються різноманітні соціальні ситуації (у відділі соціального забезпечення, транспорті, магазині тощо) і конструюються нові форми соціальної поведінки. Завдяки їм батьки долають соціальну тривогу і невпевненість, набувають гнучкості поведінки і реагування, стають більш комунікативно-компетентними;

– **правовий**. Мета заходів, що проводяться в межах даного напрямку, – правова грамотність батьків щодо цивільного законодавства, яке стосується дітей з обмеженими можливостями та їх сімей. Батьки вивчають закони, конвенції, постанови. Знання, набуті на заняттях і в процесі самостійного вивчення законодавчих

документів, допомагають батькам змінювати життєві ситуації, покращувати умови життя дитини і сім'ї. На заняття може бути запрошений юрист, який і допомагає батькам дізнатися про свої права;

– *інтеграційний*. Мета напряму – громадська самореалізація батьків, зміна ставлення до них у суспільстві. Батьки узагальнюють досвід виховання „особливих” дітей в сім'ї, беруть участь в діалозі із засобами масової інформації, у прес-клубах та круглих столах, публікують свої статті. Завдяки цьому формується об'єктивна участь у до громадському житті і соціальна значущість, що суттєво позначається на розвитку дитини.

Заняття в клубі проходять один раз на тиждень і допомагають батькам глибше пізнати свою дитину, підкріпити інтуїтивні знання про неї науковою інформацією, знаннями корекційної педагогіки і спеціальної психології, розв'язати складні ситуації. На заняттях батьки об'єднуються, знаходять собі однодумців, проявляють творчі здібності, що вселяє віру у свої сили і допомагає не замикатися у вузькому колі власних проблем, а виходити на інший рівень спілкування і вирішувати проблеми колективно і грамотно.

Батьківський клуб – не єдиний спосіб роботи з батьками. Створюються школи матерів різних нозологічних груп дітей з обмеженими можливостями, де проводяться семінари, тренінги та інші соціально-психологічні заходи, які пов'язані з просвітою батьків.

Однією з головних особливостей професійної діяльності корекційного педагога в роботі із сім'ями, що виховують дітей з особливими потребами, є саме робота з батьками, які не менше, ніж їхні діти, потребують реабілітації, абілітації, адаптації в життєвій ситуації, але їх потрібно до цього готувати, створюючи спеціальні програми, тому що саме від батьків, особливо на ранніх етапах розвитку дитини, залежать її здоров'я, фізична і психічна підготовленість, соціалізація та інтеграція в суспільство.

Сім'я має визначальний вплив на інтеграцію дітей у соціум, і тому її роль величезна. Тільки вирішуючи проблеми батьків, можна забезпечити повноцінну соціалізацію їхніх дітей. Ефективність реабілітації дитини з порушеннями в розвитку обумовлена ступенем інтегрованості в суспільство всієї родини в цілому. При цьому батькам необхідно повірити в себе, у свої можливості, свою дитину, не замикатися на своїх проблемах, а вирішувати їх спільно.

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризуйте стратегічні напрями розвитку корекційної освіти.
2. Які новітні технології навчання та форми організації освітнього процесу має відпрацьовувати корекційна педагогіка?
3. Поясніть, що розуміють під моделлю спеціаліста.
4. Охарактеризуйте структуру педагогічної діяльності корекційного педагога.
5. Визначте напрями роботи корекційного педагога.
6. Визначте функції, через здійснення яких реалізується діяльність корекційного педагога.
7. Які особливості професійної діяльності корекційного педагога в роботі із сім'ями, що виховують дітей з особливими потребами?
8. У чому полягає сутність виховання дитини з обмеженими можливостями?
9. Назвіть основні завдання корекційної педагогічної роботи в родині.
10. Які стилі виховання найчастіше використовуються батьками в сім'ях, де виховується дитина з обмеженими можливостями?
11. Які методи і методичні прийоми можуть застосовуватися батьками при вихованні дитини з обмеженими можливостями?
12. Яка роль матері в сім'ї, що виховує дитину з порушеннями в розвитку?
13. Які є способи допомоги сім'ї, що виховує дитину з обмеженими можливостями?
14. Що таке батьківський клуб?
15. Які напрями роботи батьківського клубу вам відомі?

Література

1. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1973. – 175 с.
2. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. Д. Гонеев,

Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева; под ред. В. А. Сластенина. – М. : Издательский центр „Академия”, 1999. – 280 с.”

3. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Как помочь „особому” ребёнку: книга для педагогов и родителей / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л. А. Нисневич. – СПб. : Институт специальной педагогики и психологи, 1998. – 96 с.

4. Кваліфікаційні характеристики вчителя, вихователя школи-інтернату, вчителя-дефектолога / С. І. Болтівець, В. І. Луговий, А. С. Міненко, О. О. Нікітенко. – К., 1994. – 28 с.

5. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.

6. Миронова С. П. Підготовка вчителів до корекційної роботи в системі освіти дітей з вадами інтелекту : монографія / С. П. Миронова. – Кам’янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2007. – 304 с.

7. Савчук Л. Проблеми родинного виховання дітей з особливими освітніми потребами [Електронний ресурс] / Л. Савчук. – Режим доступу : [www.teacher.at.ua.](http://www.teacher.at.ua), 2011.

8. Сатир В. Вы и ваша семья. Руководство по личностному росту / В. Сатир. – М., 2000. – 320 с.

9. Шефер Ч. Игровая семейная психотерапия / Ч. Шефер, Л. Кэри. – СПб., 2000. – 384 с.

10. Шипицына Л. М. „Необучаемый” ребёнок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта / Л. М. Шипицына. – СПб. : Дидактика плюс, 2002. – 496 с.

11. Шульженко Д. І. Корекційна робота психопедагога з батьками аутичних дітей [електронний ресурс] / Д. І. Шульженко. – Режим доступу : [www.shodinki.com.](http://www.shodinki.com), 2009.

**Комплексні
контрольні тестові
завдання з курсу**

- 1. Наука про психофізіологічні особливості розвитку дітей з фізичними та психічними вадами має назву:**
 - а) спеціальна педагогіка;
 - б) дефектологія;
 - в) корекційна педагогіка;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 2. Корекційна педагогіка об'єднує ряд самостійних галузей, до яких не належить:**
 - а) спеціальна психологія;
 - б) логопедагогіка;
 - в) невропатологія;
 - г) сурдопедагогіка.
- 3. Тифлопедагогіка вивчає:**
 - а) питання виховання та навчання дітей з порушеннями слуху;
 - б) питання виховання та навчання дітей з порушеннями зору;
 - в) питання виховання та навчання розумово відсталих дітей;
 - г) питання вивчення та виправлення розладів мовлення.
- 4. Корекційна психопедагогіка вивчає:**
 - а) питання виховання та навчання дітей з порушеннями слуху;
 - б) питання виховання та навчання дітей з порушеннями зору;
 - в) питання виховання та навчання розумово відсталих дітей;
 - г) питання виховання й навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.
- 5. Основними завданнями корекційної педагогіки є:**
 - а) забезпечення ранньої диференційної діагностики відхилень у розвитку;
 - б) обґрунтування принципів організації системи різноманітних спеціальних закладів;
 - в) визначення цілей, завдань, змісту, принципів і методів виховання, навчання різних категорій дітей з порушеннями в розвитку;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 6. У корекційній педагогіці провідними категоріями є:**
 - а) діагностика та профілактика;
 - б) причина та наслідки;
 - в) корекція та компенсація;
 - г) усі відповіді є правильними.

- 7. Однією з центральних проблем корекційної педагогіки є:**
- а) сімейне виховання дітей з обмеженими можливостями;
 - б) відновлення здоров'я, усунення патологічного процесу в дітей з порушеннями психофізичного розвитку;
 - в) комбіноване й координоване застосування медичних заходів з метою підвищення рівня загальної працездатності дітей з порушеннями в розвитку;
 - г) навчання та розвиток дітей з обмеженими можливостями.
- 8. Назвіть відомого українського дефектолога, який стверджує, що термін „корекційна” і „спеціальна” педагогіка дуже близькі за змістом, проте не тотожні:**
- а) В.О. Липа;
 - б) В.В. Засенко;
 - в) В.М. Синьов;
 - г) С.П. Миронова.
- 9. Корекція – це:**
- а) процес пристосування людини до нового для неї середовища;
 - б) заміщення або перебудова недорозвинених чи порушених психофізичних функцій організму;
 - в) виправлення окремих дефектів у дітей з обмеженими можливостями;
 - г) цілеспрямований процес передачі та засвоєння знань, умінь, навичок.
- 10. Компенсація – це:**
- а) сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на поліпшення та виправлення процесу розвитку особи;
 - б) заміщення або перебудова порушених або недорозвинених функцій організму;
 - в) процес відновлення основних соціальних функцій особистості;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 11. Реабілітація – це:**
- а) виправлення окремих дефектів у дітей з обмеженими можливостями;
 - б) первинне формування функцій і здібностей у дітей раннього віку з проблемами розвитку за рахунок створення спеціальних умов;

- в) повернення хворого до нормального життя і праці в межах психофізичних можливостей;
- г) процес пристосування людини до нового для неї середовища.

12. Інклюзивна освіта – це:

- а) система освітніх послуг, яка базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання в умовах загальноосвітнього закладу;
- б) розширення участі всіх дітей, зокрема з особливостями психофізичного розвитку, в освітньому процесі;
- в) забезпечення ефективності навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітньому закладі;
- г) усі відповіді є правильними.

13. Особа з обмеженими можливостями в стані здоров'я – це:

- а) особа, яка нездатна частково або повністю виконувати певні дії, втратила працездатність остаточно чи на тривалий час;
- б) особа, яка отримала певні травматичні ушкодження, які призводять до обмеження її життєдіяльності, та потребує соціального захисту;
- в) особа зі стійким порушенням функцій організму, які є наслідком певних захворювань;
- г) усі відповіді є правильними.

14. В умовах соціалізації суспільства замість терміна „інвалід” використовують:

- а) „особа з особливими потребами”;
- б) „особа з обмеженими можливостями здоров'я”;
- в) „особа з обмеженнями окремих функцій”;
- г) усі відповіді є правильними.

15. До соціальних принципів корекційної педагогіки не належать:

- а) принцип соціалізації;
- б) принцип діагностування;
- в) принцип інтеграції;
- г) принцип гуманістичної спрямованості.

16. Принцип свідомості та активності передбачає:

- а) необхідність дотримання посильної міри труднощів, щоб уникнути фізичних, моральних, емоційних перевантажень;

- б) не тільки надійне засвоєння знань, але й збереження набутого досвіду на довгі роки;
- в) усвідомлене та активне ставлення до процесів навчання, виховання та розвитку дитини з порушеннями в розвитку;
- г) постановка корекційних завдань, вибір засобів, методів, методичних прийомів педагогічної роботи повинні відповідати функціональному стану дитини та враховувати всі її особливості.

17. Принцип корекційно-розвивальної спрямованості передбачає:

- а) констатацію основного дефекту, супутніх захворювань і вторинних відхилень;
- б) збереження потреби в самовдосконаленні впродовж всього життя: спочатку в сім'ї, потім в освітніх установах;
- в) передбачає комплексне використання всіх органів чуття і активізацію функцій, які підлягають зберіганню, у процесі навчання та виховання;
- г) спрямування педагогічних впливів не тільки на послаблення, подолання недоліків, але й на корекцію та активний розвиток пізнавальної діяльності, психофізичних і координаційних здібностей.

18. Методами, які використовуються в корекційній педагогіці, є:

- а) соціометрія;
- б) експеримент;
- в) математичні методи;
- г) усі відповіді є правильними.

19. В.О. Липа виокремлює в становленні і розвитку системи навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку:

- а) 3 періоди;
- б) 5 періодів;
- в) 2 періоди;
- г) 4 періоди.

20. В.І. Бондар, В.В. Золотоверх виокремлюють у становленні і розвитку освіти дітей з розумовими вадами в Україні:

- а) 5 періодів;
- б) 3 періоди;
- в) 7 періодів;
- г) 2 періоди.

- 21. Аномальний розвиток – це:**
- а) процес, у ході якого мають місце відхилення у фізичному або психічному розвитку організму;
 - б) розвиток індивіду, на відміну від розвитку виду;
 - в) розвиток, у ході якого мають місце різні форми порушень онтогенезу;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 22. Інвалідом вважається:**
- а) особа, яка нездатна частково або повністю виконувати певні дії, втратила працездатність остаточно чи на тривалий час;
 - б) особа, яка отримала певні травматичні ушкодження, що призводять до обмеження її життєдіяльності, та має потребу в соціальному захисті;
 - в) особа зі стійким порушенням функцій організму, які є наслідком певних захворювань;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 23. За твердженням ВООЗ, процес інвалідації має вигляд послідовного ланцюга (правильно розташуйте):**
- а) № порушення функцій;
 - б) № хвороба;
 - в) № фізичні та інші дефекти;
 - г) № інвалідність.
- 24. Порушення функцій – це:**
- а) порушення діяльності дихальної системи;
 - б) втрата чи патологія психологічної, фізіологічної чи анатомічної структури або функції;
 - в) форма інвалідності;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 25. Дефект – це:**
- а) фізичний чи психічний недолік, який порушує хід нормального розвитку;
 - б) обмеження або відсутність здатності здійснювати діяльність у таких формах чи обсязі, які прийнято вважати нормальними для людини;
 - в) втрата чи патологія психологічної структури або функції;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 26. До вроджених порушень в розвитку належать:**
- а) відхилення, викликані пологовими та післяпологовими ураженнями організму дитини;

- б) спадкові генетичні ураження;
 - в) різні травматичні ушкодження;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 27. Провідне місце в групі набутих порушень займають:**
- а) гідроцефалія;
 - б) асфіксія й внутрішньочерепна родова травма;
 - в) генетичні ураження;
 - г) менінгіт.
- 28. Кількість категорій дітей з відхиленнями в розвитку:**
- а) 8;
 - б) 6;
 - в) 9;
 - г) 10.
- 29. Найбільш придатною для практичної діяльності є класифікація порушень у розвитку, яка запропонована:**
- а) Т.А. Власовою, М.С. Певзнер;
 - б) В.В. Лебединським;
 - в) В.А. Лапшиним і Б.П. Пузановим;
 - г) О.Н.Усановою.
- 30. До групи дітей із сенсорними порушеннями належать:**
- а) особи з порушеннями мовлення;
 - б) особи з порушеннями слуху;
 - в) особи з порушеннями інтелектуального розвитку;
 - г) особи з порушеннями поведінки.
- 31. Розумова відсталість виражається в:**
- а) 5 формах;
 - б) 3 формах;
 - в) 2 формах;
 - г) 4 формах.
- 32. Дітей із затримкою психічного розвитку диференціюють на:**
- а) 2 категорії;
 - б) 4 категорії;
 - в) 3 категорії;
 - г) 5 категорій.
- 33. До вторинних відхилень, які виникають внаслідок порушення слухової функції, відносять:**
- а) рухові;
 - б) психічні;

- в) мовленнєві;
 - г) порушення функцій вестибулярного апарату.
- 34. Біологічними чинниками, які визначають можливості розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку, не є:**
- а) характер дефекту;
 - б) спеціально організоване навчання й виховання;
 - в) вираженість дефекту;
 - г) стан здоров'я дитини.
- 35. До закономірностей, спільних для всіх типів аномального розвитку, належать:**
- а) труднощі словесного опосередкування;
 - б) уповільнення процесу формування понять;
 - в) зниження здатності до прийому, переробки, збереження й використання інформації;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 36. Виділяють таку кількість аспектів диференціальної діагностики у зв'язку з різними варіантами рухових порушень:**
- а) 2;
 - б) 6;
 - в) 4;
 - г) 3.
- 37. У дітей із ДЦП рухові порушення є:**
- а) провідними в структурі складного дефекту;
 - б) основним дефектом;
 - в) вторинними щодо основного дефекту;
 - г) складовою провідного дефекту й визначаються тими самими механізмами, що й основний дефект.
- 38. Серед дітей з розладами слуху не виділяють:**
- а) глухих;
 - б) дуже глухих;
 - в) слабочуючих;
 - г) пізнооглухлих.
- 39. До категорії глухих відносять:**
- а) дітей, які втратили слух після того, як мовлення в них вже сформувалося;
 - б) дітей із частковою недостатністю слуху, що призводить до порушення мовленнєвого розвитку;

- в) дітей, слух у яких пошкоджений так, що вони самостійно не можуть використати його для розвитку мовлення;
г) усі відповіді є правильними.
- 40. Дактильна форма мовлення – це:**
- а) засіб передачі інформації за допомогою мимики та жестів;
 - б) форма усного мовлення;
 - в) засіб передачі інформації за допомогою звукопідсилювальної апаратури;
 - г) ручна азбука.
- 41. За класифікацією Л.В. Неймана, втрата слуху в мовному діапазоні частот поділяється на:**
- а) 7 ступенів;
 - б) 4 ступеня;
 - в) 2 ступеня;
 - г) 5 ступенів.
- 42. Межа між туговухістю та глухотою пролягає на рівні:**
- а) 70 дБ;
 - б) 90 дБ;
 - в) 80 дБ;
 - г) 100 дБ.
- 43. Усі порушення слуху поділяють на:**
- а) кондуктивні;
 - б) нейросенсорні;
 - в) змішані;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 44. Туговухість виникає:**
- а) при одночасному ураженні відділів, які проводять й сприймають звуки;
 - б) при ураженні звукопровідного відділу;
 - в) при ураженні апарату, який сприймає звуки;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 45. Серед причин, які викликають набуті вади слуху, основне місце займають:**
- а) тривалий вплив дуже сильного шуму та вібрацій;
 - б) різноманітні травми голови;
 - в) інфекційні захворювання;
 - г) неправильний внутрішньоутробний розвиток слухового органу.

- 46. До особливостей психічного розвитку дітей з порушеннями слуху відносять:**
- а) повільність розвитку пізнавальної сфери;
 - б) порушення діяльності опорно-рухового апарату;
 - в) порушення функцій вестибулярного апарату;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 47. Захворюваннями середнього вуха є:**
- а) неврит слухового нерву;
 - б) атрезія зовнішнього слухового проходу;
 - в) отит;
 - г) лабіринтит.
- 48. Зоровий аналізатор забезпечує виконання функцій:**
- а) центрального зору;
 - б) бінокулярного зору;
 - в) відчуття світла;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 49. Периферійний зір призначений для:**
- а) сприйняття кольорів та об'єктів малих розмірів;
 - б) сприйняття навколишнього фону та великих об'єктів;
 - в) просторового сприйняття, об'єму та рельєфу предметів, бачення двома очима;
 - г) сприйняття й розрізнення різноманіття кольорів у навколишньому світі.
- 50. До ступенів втрати зору, які розрізняють, не входить:**
- а) абсолютна сліпота;
 - б) глибока сліпота;
 - в) тотальна сліпота;
 - г) практична сліпота.
- 51. До категорії сліпих відносять дітей:**
- а) у яких повністю відсутні зорові відчуття;
 - б) збережені відчуття світла;
 - в) збережений залишковий зір;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 52. До категорії слабозорих відносять дітей з гостротою зору:**
- а) від 0,01 D до 0,2 D;
 - б) від 0,05 D до 0,4 D;
 - в) від 0,03 D до 0,8 D;
 - г) від 0,08 D до 0,5 D.

- 53. До особливостей психічного розвитку дітей з порушенням зору не належать:**
- а) особливості уваги;
 - б) особливості пам'яті;
 - в) особливості розвитку мовлення;
 - г) особливості сприйняття.
- 54. До аномалій розвитку зору спадкового походження належить:**
- а) менінгоенцефаліт;
 - б) глаукома;
 - в) мікрофтальм;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 55. Найбільш поширеною формою вродженої зміни органу зору є:**
- а) астигматизм;
 - б) мікрофтальм;
 - в) глаукома;
 - г) катаракта.
- 56. Основні причини дитячої сліпоти визначаються:**
- а) рівнем соціально-економічного розвитку країни;
 - б) планами терапевтичних заходів;
 - в) можливостями профілактичних та лікувальних засобів;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 57. Під розумовою відсталістю розуміють:**
- а) стійке відхилення у свідомості та поведінці дітей, яке обумовлене негативним впливом середовища й недоліками виховання;
 - б) прояв незрілості психічних і психомоторних функцій у результаті сповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку під впливом різних несприятливих чинників;
 - в) стійке, явно виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло на основі органічного ураження центральної нервової системи;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 58. Серед клінічних форм розумової відсталості виділяють:**
- а) 2 форми;
 - б) 4 форми;
 - в) 5 форм;
 - г) 3 форми.

- 59. Найпоширенішою формою розумової відсталості є:**
- а) деменція;
 - б) синдром Дауна;
 - в) олігофренія;
 - г) епілепсія.
- 60. За клінічними проявами всі випадки розумової відсталості поділяються на:**
- а) неускладнені;
 - б) ускладнені;
 - в) атипові;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 61. Серед ступенів зниження інтелекту виділяють:**
- а) 2 ступеня;
 - б) 5 ступенів;
 - в) 4 ступеня;
 - г) 3 ступеня.
- 62. Серед ступенів зниження інтелекту не виділяють:**
- а) легкого;
 - б) складного;
 - в) помірного;
 - г) глибокого.
- 63. За міжнародною класифікацією психічних та поведінкових розладів розумова відсталість позначається:**
- а) F 90 – F 99;
 - б) F60 – F65;
 - в) F 70 – F 79;
 - г) F 50 – F 53.
- 64. За класифікацією розумової відсталості, запропонованою М.С. Певзнер, за глибиною дефекту розумову відсталість при олігофренії поділяють на:**
- а) 3 різновиди;
 - б) 2 різновиди;
 - в) 5 різновидів;
 - г) 4 різновиди.
- 65. Серед різновидів олігофренії імбецильність характеризується як:**
- а) найглибший, крайній ступінь інтелектуальної нерозвиненості, вродженого або набутого в ранньому дитинстві недоумства (IQ < 19);

- б) значно менш глибокий ступінь розумової відсталості (IQ – 50–70);
в) середній ступінь слабоумства, розумової відсталості (IQ – 20–49);
г) форма набутого слабоумства (після 3-х років), недостатність пізнавальних функцій.
- 66. Відповідно до міжнародної класифікації хвороб ступінь дебільності характеризується як:**
- а) глибокий;
 - б) легкий;
 - в) важкий;
 - г) помірний.
- 67. До особливостей психічного розвитку дітей з порушенням інтелектуального розвитку не належать:**
- а) стійке порушення пізнавальної діяльності;
 - б) порушення емоційної сфери;
 - в) порушення рухової діяльності;
 - г) сповільнений темп та обсяг сприйняття.
- 68. Серед варіантів розумової відсталості за класифікацією, в основу якої покладено клініко-патогенетичний підхід, розрізняють:**
- а) основну (неускладнену) форму олігофренії;
 - б) олігофренію з вираженими нейродинамічними порушеннями;
 - в) олігофренію, ускладнену психопатоподібними формами поведінки;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 69. При розгляді порушень інтелектуального розвитку не виділяють такі синдроми, для яких характерна розумова відсталість:**
- а) синдром MERRF;
 - б) хвороба Олперса;
 - в) нефротичний синдром;
 - г) синдром MELAS.
- 70. Деменція – це:**
- а) форма психічної недорозвиненості, що виникла внаслідок ураження центральної нервової системи в пренатальний, натальний або постнатальний періоди;

- б) стійке відхилення у свідомості та поведінці дітей, обумовлене негативним впливом середовища й недоліками виховання;
 - в) форма набутого слабоумства (після 3-х років), недостатність пізнавальних функцій;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 71. Для діагностування в дитини (підлітка, дорослого) розумової відсталості необхідно, щоб у ході її психофізичного розвитку мали місце не тільки інтелектуальне відставання, але й:**
- а) труднощі соціального пристосування;
 - б) розлади мовлення;
 - в) порушення функцій вестибулярного апарату;
 - г) порушення поведінки.
- 72. До категорії дітей з труднощами в навчанні не відносять:**
- а) дітей із вираженою розумовою відсталістю;
 - б) дітей із грубими порушеннями мовлення;
 - в) дітей із вираженими порушеннями слуху;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 73. Відповідно до соціально-педагогічного підходу до класифікації дітей із труднощами в навчанні основним критерієм для віднесення дитини до „групи ризику” є:**
- а) недостатньо розвинена мовленнєва діяльність;
 - б) недостатня готовність до початку шкільного навчання;
 - в) стійке порушення пізнавальної діяльності;
 - г) деякі особливості емоційної сфери.
- 74. Затримка психічного розвитку – це:**
- а) стійке відхилення у свідомості та поведінці дітей, яке обумовлене негативним впливом середовища й недоліками виховання;
 - б) прояв незрілості психічних і психомоторних функцій у результаті сповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку під впливом різних несприятливих чинників;
 - в) стійке, явно виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло на основі органічного ураження центральної нервової системи;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 75. Затримка психічного розвитку може бути викликана:**
- а) соматичними захворюваннями;
 - б) органічними ураженнями ЦНС;

- в) дефектами конституції дитини;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 76. У вітчизняній корекційній педагогіці „затримка психічного розвитку” є поняттям:**
- а) соціальним;
 - б) реабілітаційним;
 - в) клініко-фізіологічним;
 - г) психолого-педагогічним.
- 77. У клінічній систематиці дітей із ЗПР за К.С. Лебединською виділяють:**
- а) 3 варіанти ЗПР;
 - б) 4 варіанти ЗПР;
 - в) 2 варіанти ЗПР;
 - г) 5 варіантів ЗПР.
- 78. ЗПР конституційного походження обумовлена:**
- а) хронічними захворюваннями (інфекціями та алергічними станами), вродженими або набутими соматичними захворюваннями;
 - б) несприятливими умовами виховання, які перешкоджають правильному формуванню особистості дитини;
 - в) вроджено-конституційною етіологією (наявність сімейних випадків), а також внутрішньоутробними або обмінно-трофічними розладами перших років життя;
 - г) патологією вагітності, недоношеністю, асфіксією й травмами під час пологів, післяпологовими нейроінфекціями.
- 79. Найбільш поширеним типом ЗПР є:**
- а) ЗПР соматогенного походження;
 - б) ЗПР психогенного походження;
 - в) ЗПР церебрально-органічного походження;
 - г) ЗПР конституційного походження.
- 80. ЗПР церебрально-органічного походження обумовлена:**
- а) несприятливими умовами виховання, які перешкоджають правильному формуванню особистості дитини;
 - б) патологією вагітності, недоношеністю, асфіксією й травмами під час пологів, післяпологовими нейроінфекціями;
 - в) хронічними захворюваннями (інфекціями та алергічними станами), вродженими або набутими соматичними захворюваннями;

- г) вроджено-конституційною етіологією (наявність сімейних випадків), а також внутрішньоутробними або обмінно-трофічними розладами перших років життя.
- 81. У дітей із ЗПР яскраво виражена нерівномірність формування:**
- а) уваги;
 - б) сприйняття;
 - в) пам'яті;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 82. Як більш характерні для дітей із ЗПР особливості уваги виділяють:**
- а) недостатньо сформовані просторові уявлення;
 - б) нестійкість та труднощі переключення;
 - в) аналіз, порівняння та узагальнення;
 - г) зниження пізнавальної активності.
- 83. Діяльність дітей із затримкою психічного розвитку характеризується:**
- а) загальною неорганізованістю;
 - б) низькою активністю в усіх видах діяльності;
 - в) слабкістю мовленнєвої регуляції;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 84. До напрямів реалізації системи навчання з дітьми із ЗПР не належить:**
- а) діагностико-консультативний;
 - б) корекційно-розвивальний;
 - в) професійно-орієнтований;
 - г) навчально-виховний.
- 85. Навчання й виховання дітей із ЗПР вимагає:**
- а) специфічної корекційної спрямованості;
 - б) індивідуального підходу до кожної дитини в усіх видах діяльності;
 - в) лікувально-оздоровчої спрямованості;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 86. У корекційній роботі з дітьми із ЗПР лікувальні та профілактичні заходи передбачають:**
- а) корекцію порушень опорно-рухового апарату;
 - б) зміцнення фізичного й психоневрологічного здоров'я;
 - в) корекцію пізнавальної діяльності та мовлення;
 - г) формування готовності до сприйняття найскладніших розділів програми.

- 87. Серед видів патології опорно-рухового апарату не виділяють:**
- а) захворювання нервової системи;
 - б) розпад сформованих інтелектуальних і психічних функцій;
 - в) вроджені патології ОРА;
 - г) набуті захворювання та ушкодження ОРА.
- 88. Основну групу серед дітей з порушеннями ОРА складають:**
- а) діти з недорозвиненням та дефектами розвитку кінцівок;
 - б) діти з травматичними ушкодженнями спинного мозку;
 - в) діти з наслідками ДЦП;
 - г) діти із системними захворюваннями скелету.
- 89. Дитячий церебральний параліч – це:**
- а) стійке, явно виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло на основі органічного ураження центральної нервової системи;
 - б) захворювання незрілого мозку, яке виникає під впливом різноманітних шкідливих факторів;
 - в) прояв незрілості психічних й психомоторних функцій у результаті сповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку;
 - г) форма набутого слабоумства, недостатність пізнавальних функцій.
- 90. Серед причин ДЦП за часом виникнення не виділяють:**
- а) вроджені;
 - б) припологові;
 - в) спадкові;
 - г) післяпологові.
- 91. У дітей, які страждають на ДЦП, мають місце:**
- а) рухові порушення;
 - б) інтелектуальні порушення;
 - в) мовленнєві порушення;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 92. Найбільш поширеною формою мовленнєвої патології при ДЦП є:**
- а) дизартрія;
 - б) алалія;
 - в) дислалія;
 - г) ринологія.

- 93. Основоположником вивчення проблеми церебральних паралічів є:**
- а) К. Бобат і Б. Бобат;
 - б) К.А. Семенова;
 - в) М. Фелпс;
 - г) В. Літтль.
- 94. За класифікацією К.А. Семенової виділяють таку кількість форм ДЦП:**
- а) 4;
 - б) 3;
 - в) 5;
 - г) 2.
- 95. До форм ДЦП, за класифікацією К.А. Семенової, не належить:**
- а) спастична диплегія;
 - б) соматогенна форма;
 - в) гіперкінетична форма;
 - г) атонічно-астатична форма.
- 96. При геміпаретичній формі (спастична геміплегія) рухові розлади:**
- а) характеризуються центральними паралічами кінцівок з переважанням спастичного парапарезу;
 - б) характеризуються ураженням однойменних кінцівок (вражаються руки й ноги з одного боку);
 - в) виражені рівною мірою в руках та ногах, або руки уражені сильніше, ніж ноги; найважча форма ДЦП;
 - г) представлені гіперкінезами.
- 97. У дітей з наслідками ДЦП провідними є:**
- а) психічні порушення;
 - б) порушення слуху;
 - в) руховий дефект;
 - г) порушення емоційно-вольової сфери.
- 98. Порушення м'язового тону за типом спастичності означає:**
- а) низький м'язовий тонус;
 - б) підвищений м'язовий тонус;
 - в) м'язовий тонус, що змінюється;
 - г) максимально підвищений м'язовий тонус.

99. Гіперкінези – це:

- а) мимовільні рухи, які виконуються насильно та обумовлені тонусом м'язів, що змінюється;
- б) розладнання вищих коркових функцій;
- в) тремтіння пальців рук і мовлення;
- г) розлади емоційно-вольової сфери.

100. Парез – це:

- а) часткове зниження м'язової сили;
- б) коли довільні рухи обмежуються, але не втрачаються повністю;
- в) стан в результаті захворювання або травми нервової системи;
- г) усі відповіді є правильними.

101. Параліч – це:

- а) втрата людиною здатності рухатися внаслідок ураження периферичної нервової системи;
- б) втрата людиною здатності рухатися внаслідок ураження центральної або периферичної нервової системи;
- в) втрата людиною здатності рухатися внаслідок ураження центральної нервової системи;
- г) частковий парез.

102. Найбільш вагомим чинником в структурі рухового порушення при ДЦП є:

- а) порушення відчуття рухів;
- б) порушення рівноваги та координації рухів;
- в) порушення м'язового тону;
- г) наявність патологічних тонічних рефлексів.

103. Корекційна робота з формування рухових функцій при ДЦП передбачає:

- а) медикаментозне лікування;
- б) засоби фізичної реабілітації;
- в) психотерапію;
- г) усі відповіді є правильними.

104. Серед засобів фізичної реабілітації не виділяють:

- а) тандотерапію;
- б) масаж;
- в) заходи ортопедичного характеру;
- г) акватерапію.

- 105. В корекційній роботі з формування рухових функцій при ДЦП психотерапія спрямована на:**
- а) нормалізацію м'язового тону, зменшення вимушених рухів, посилення активності компенсаторних процесів у нервовій системі;
 - б) керування нервовою системою з метою формування адаптивних функцій;
 - в) розвиток усіх сторін мовленнєвої діяльності дитини;
 - г) зменшення спастичності, покращення кровообігу в м'язах.
- 106. Вивченням, попередженням та корекцією мовленнєвих порушень займається:**
- а) сурдопедагогіка;
 - б) логопедагогіка;
 - в) тифлопедагогіка;
 - г) корекційна психопедагогіка.
- 107. До категорії дітей з мовленнєвими порушеннями належать:**
- а) діти, слух у яких пошкоджений так, що вони самотійно не можуть використати його для розвитку мовлення;
 - б) діти із частковою недостатністю слуху, що призводить до порушення мовленнєвого розвитку;
 - в) діти, у яких збережений слух, не порушений інтелект, але є значні мовленнєві порушення;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 108. Серед чинників, які викликають порушення мовлення, виділяють:**
- а) біологічні чинники ризику;
 - б) екзогенно-органічні чинники;
 - в) соціально-психологічні чинники;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 109. Серед причин порушення мовлення не виділяють:**
- а) органічні причини;
 - б) фізіологічні причини;
 - в) соціально-психологічні причини;
 - г) функціональні причини.
- 110. У виникненні мовленнєвих розладів велику роль відіграє:**
- а) внутрішньоутробна патологія;
 - б) ушкодження при пологах;
 - в) дія різних шкідливих чинників після народження;
 - г) усі відповіді є правильними.

- 111. Провідне місце в перинатальній патології нервової системи займають:**
- а) асфіксія й родова травма;
 - б) токсикоз вагітності;
 - в) інфекції;
 - г) генетичні ураження.
- 112. При оцінці порушень мовлення в дітей необхідно враховувати:**
- а) 2 критичних періоди розвитку мовлення;
 - б) 4 критичних періоди розвитку мовлення;
 - в) 3 критичних періоди розвитку мовлення;
 - г) 5 критичних періодів розвитку мовлення.
- 113. Другий критичний період розвитку мовленнєвої функції (3 роки) характеризується:**
- а) початком розвитку письмового мовлення;
 - б) інтенсивним розвитком зв'язного мовлення;
 - в) формуванням передумов мовлення й початком мовленнєвого розвитку, закладанням основ комунікативної поведінки;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 114. У сучасній логопедії використовують:**
- а) 2 класифікації мовленнєвих порушень;
 - б) 4 класифікації мовленнєвих порушень;
 - в) 3 класифікації мовленнєвих порушень;
 - г) 5 класифікацій мовленнєвих порушень.
- 115. Серед класифікації мовленнєвих порушень не виділяють:**
- а) клініко-педагогічну;
 - б) медико-психологічну;
 - в) психолого-педагогічну;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 116. Серед розладів фонаційного (зовнішнього) оформлення вислову виділяють:**
- а) дислалію;
 - б) дизартрію;
 - в) брадилалію;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 117. Дислалія – це:**
- а) порушення вимовної сторони мовлення, яке обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату;

- б) порушення темпо-ритмічної організації мовлення, яке обумовлене судорожним станом м'язів мовленнєвого апарату;
- в) порушення звуковимови при нормальному слуху й збереженій іннервації мовленнєвого апарату;
- г) патологічно сповільнений темп мовлення.

118. Дизартрія – це:

- а) порушення вимовної сторони мовлення, яке обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату;
- б) відсутність або недорозвинення мовлення унаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку;
- в) відсутність або розлад фонації (голосу) унаслідок патологічних змін голосового апарату;
- г) порушення тембру голосу й звуковимови, які обумовлені анатоμο-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату.

119. Серед системних порушень мовлення не виділяють:

- а) алалію;
- б) ринолалію;
- в) афазію;
- г) усі відповіді є правильними.

120. Алалія – це:

- а) повна або часткова втрата мовлення, яка обумовлена локальними ураженнями головного мозку;
- б) порушення тембру голосу й звуковимови, які обумовлені анатоμο-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату;
- в) порушення вимовної сторони мовлення, яке обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату;
- г) відсутність або недорозвинення мовлення унаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку.

121. Серед порушень письмового мовлення не виділяють:

- а) дислексію;
- б) дисграфію;
- в) дисфонію;
- г) усі відповіді є правильними.

122. До психолого-педагогічної класифікації порушень мовлення не належить:

- а) фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення;
- б) загальний недорозвиток мовлення;

- в) тахилалія;
- г) логоневроз.

123. Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення – це:

- а) різні складні мовленнєві розлади, при яких порушено формування всіх компонентів мовленнєвої системи, що належать до звукової й змістової сторони;
- б) невротичне захворювання розладу мовленнєвої функції, яке виникає в результаті психічної травми та з часом пом'якшується;
- в) порушення процесів формування вимовної системи рідної мови в дітей із різними мовленнєвими розладами внаслідок дефектів сприйняття й вимови фонем;
- г) усі відповіді є правильними.

124. Психолого-педагогічна класифікація порушень мовлення поділяється на такі групи:

- а) фонаційного (зовнішнього) оформлення вислову;
- б) порушення засобів спілкування та порушення в застосуванні засобів спілкування;
- в) системних порушень мовлення;
- г) усі відповіді є правильними.

125. Допомога дітям з мовленнєвими порушеннями здійснюється в:

- а) системі охорони здоров'я;
- б) системі соціального захисту;
- в) системі освіти;
- г) усі відповіді є правильними.

126. Діти із розладами емоційно-вольової сфери характеризуються:

- а) проявом незрілості психічних і психомоторних функцій у результаті сповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку;
- б) стійким, явно вираженим зниженням пізнавальної діяльності, що виникло на основі органічного ураження центральної нервової системи;
- в) захворювання незрілого мозку, яке виникає під впливом різноманітних шкідливих факторів;
- г) порушенням розвитку соціальної взаємодії.

127. Аутизм – це:

- а) стійке відхилення у свідомості та поведінці дітей, яке обумовлене негативним впливом середовища й недоліками виховання;
- б) стан психіки, що характеризується відходом від реальності та порушенням комунікативності;
- в) форма набутого слабоумства, недостатність пізнавальних функцій;
- г) усі відповіді є правильними.

128. Ранній дитячий аутизм виникає переважно у віці:

- а) 1,5–2 років;
- б) 5–7 років;
- в) 3–4 роки;
- г) 9–10 років.

129. Причини аутизму – це:

- а) роль генетичних факторів;
- б) органічне ураження ЦНС;
- в) психогенний фактор;
- г) усі відповіді є правильними.

130. До характерних проявів раннього дитячого аутизму не належить:

- а) фіксація погляду, особливо на обличчі іншої людини, неперенесення прямого контакту „очі в очі”;
- б) індіферентне ставлення до оточуючих;
- в) порушення рухової сфери;
- г) ставлення до дискомфорту парадоксальне: або не переносять, або байдуже.

131. Для дітей з аутизмом характерна:

- а) одноманітна, нецілеспрямована рухова активність;
- б) велика варіативність розвитку мовлення;
- в) підвищена чутливість до свого оточення;
- г) усі відповіді є правильними.

132. До рекомендацій психологів щодо допомоги аутичним дітям не входить:

- а) встановлення емоційного контакту із аутичною дитиною;
- б) побудова програми навчання з опорою на ті види діяльності, у яких дитина є успішною;
- в) використання міміко-жестової мови в процесі корекційно-розвиваючої діяльності;

г) чергування видів діяльності з метою профілактики стомлення.

133. Порушення поведінки в дітей можуть бути обумовлені:

- а) конфліктними переживаннями;
- б) реактивними станами;
- в) психопатією;
- г) усі відповіді є правильними.

134. Реактивні стани визначаються як:

- а) захворювання незрілого мозку, яке виникає під впливом різноманітних шкідливих факторів;
- б) тимчасові нервово-психічні розлади, які не пов'язані з органічними або функціональними порушеннями центральної нервової системи;
- в) прояв незрілості психічних та психомоторних функцій в результаті сповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку;
- г) усі відповіді є правильними.

135. Серед різновидів психопатії не виділяють:

- а) органічну психопатію;
- б) соматогенну психопатію;
- в) конституційну психопатію;
- г) усі відповіді є правильними.

136. Психічна декомпенсація психопатоподібного типу виявляється в:

- а) емоційно-вольовій нестійкості;
- б) афективній збудливості й руховій розгальмованості;
- в) патології захоплень;
- г) усі відповіді є правильними.

137. Психічна декомпенсація невротичного типу пов'язана з:

- а) хворобливим переживанням відчуття своєї інтелектуальної неповноцінності;
- б) порушеннями шкільної дисципліни та асоціальною поведінкою;
- в) переважанням афектної збудливості й рухового розгальмування;
- г) переважанням емоційно-вольової нестійкості.

138. Серед можливих психологічних діагнозів розвитку дитячого організму виділяють:

- а) хронічну неуспішність;
- б) агресивність;

- в) рухову розгальмованість;
- г) усі відповіді є правильними.

139. Серед основних синдромів відхилення у дітей та підлітків не виділяють:

- а) невротичний синдром;
- б) гіпердинамічний синдром;
- в) амнестичний синдром;
- г) психоорганічний синдром.

140. Синдром з гіперактивністю дефіциту уваги характеризується:

- а) частими, тривалими відволіканнями;
- б) несформованістю організації діяльності;
- в) неуважністю;
- г) усі відповіді є правильними.

141. До складних порушень дитячого розвитку належать:

- а) тільки первинні порушення;
- б) поєднання двох або більше психофізичних порушень;
- в) одне складне психофізичне порушення;
- г) усі відповіді є правильними.

142. У сучасній спеціальній літературі в номінації складних порушень позначаються:

- а) тільки вторинні порушення;
- б) додаткові порушення, обумовлені первинним дефектом;
- в) тільки первинні порушення;
- г) усі відповіді є правильними.

143. Як синоніми терміну „складне порушення” в літературі використовується термін:

- а) „складні аномалії розвитку”;
- б) „комбіновані порушення”;
- в) „складна структура порушення”;
- г) усі відповіді є правильними.

144. Залежно від структури порушення діти зі складними порушеннями поділяються на:

- а) 4 групи;
- б) 3 групи;
- в) 2 групи;
- г) 5 груп.

145. До третьої групи дітей із поєднаними порушеннями належать:

- а) діти, що мають одне істотне психофізичне порушення (головне) і супутнє йому інше порушення, виражене в слабкому ступені, але яке помітно обтяжує хід розвитку;
- б) діти з двома вираженими психофізичними порушеннями, кожне з яких може викликати аномалію розвитку;
- в) діти з так званими множинними порушеннями, коли є три або більше порушень;
- г) усі відповіді є правильними.

146. До першочергових завдань при роботі з дітьми із поєднаними порушеннями належить:

- а) вирішення проблеми ранньої діагностики складного дефекту;
- б) побудова та розвиток реабілітаційної допомоги для даних дітей;
- в) встановлення закономірностей корекційного навчально-виховного процесу;
- г) розроблення спеціальних технічних засобів.

147. У даний час виділяють такі групи дітей зі складним дефектом:

- а) розумово відсталі глухі або слабочуючі;
- б) сліпоглухонімі;
- в) глухі слабозорі;
- г) усі відповіді є правильними.

148. Складний дефект – це:

- а) фізичний чи психічний недолік (вада, аномалія), який порушує хід нормального розвитку;
- б) не просто сума двох (а іноді і більше) дефектів; він є якісно своєрідним та має свою структуру;
- в) відхилення від норми, від загальної закономірності, неправильність у розвитку;
- г) усі відповіді є правильними.

149. Найскладнішою категорією дітей із складним дефектом вважають:

- а) дітей із порушенням інтелекту та слуху;
- б) сліпоглухонімих дітей;
- в) розумово відсталих слабозорих дітей;
- г) глухих слабозорих дітей.

- 150. Загальною закономірністю розвитку дітей зі складними дефектами є:**
- а) порушення рухової сфери;
 - б) порушення слуху;
 - в) порушення інтелектуального розвитку;
 - г) особлива обтяжливість умов раннього розвитку дитини.
- 151. Характерним наслідком складних порушень розвитку є:**
- а) зменшення доступних каналів компенсації дефекту;
 - б) труднощі у оволодінні дитиною мовленням;
 - в) різке зниження засобів компенсації;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 152. У роботі з дітьми із складними порушеннями провідним методом є:**
- а) метод спільно-розділеної дії;
 - б) ігровий метод;
 - в) соціометрія;
 - г) метод спостереження.
- 153. Спеціальні завдання спеціальних навчальних закладів, у яких знаходяться діти зі складними порушеннями, полягають у:**
- а) формуванні пізнавальної й практичної діяльності дітей даної категорії;
 - б) формуванні просторового орієнтування;
 - в) включенні дітей та підлітків у соціально-побутове оточення;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 154. Назвіть прізвище видатного дефектолога, яка була сліпоглухою:**
- а) Є.Л. Гончарова;
 - б) О.І. Скороходова;
 - в) Т.В. Розанова;
 - г) З.А. Пономарьов.
- 155. У діючій сукупності установ та служб для дітей зі складними порушеннями розвитку бракує:**
- а) консультативних центрів;
 - б) „сімейних центрів”;
 - в) спеціальних груп для дітей зі складним дефектом;
 - г) усі відповіді є правильними.

- 156. Діти з обмеженими можливостями мають право на:**
- а) безкоштовну дошкільну освіту, початкову загальну й основну загальну освіту;
 - б) безкоштовну освіту в освітній установі незалежно від його організаційно-правової форми відповідно до державних освітніх стандартів;
 - в) працевлаштування після закінчення навчання відповідно до одержаних освітою та (або) професійною підготовкою;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 157. На повному державному забезпеченні в державних спеціальних освітніх установах не повинні знаходитися такі категорії осіб з обмеженими можливостями здоров'я:**
- а) що нечують та слабочуючі;
 - б) незрячі та слабозорі;
 - в) з тимчасовими порушеннями функцій опорно-рухового апарату;
 - г) розумово відсталі.
- 158. Прийом до освітніх установ осіб з обмеженими можливостями здійснюється відповідно до:**
- а) Закону України „Про освіту”;
 - б) Закону України „Про освіту осіб, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (спеціальну освіту)”;
 - в) Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 159. Для груп, до яких входять „проблемні” діти, у країні функціонують:**
- а) спеціальні (корекційні) освітні установи для дітей з порушеннями в розвитку;
 - б) спеціальні навчально-виховні установи для дітей та підлітків із девіантною поведінкою;
 - в) школи-інтернати та дитячі будинки для дітей-сиріт і дітей, що залишилися без батьківського піклування;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 160. Вертикальна структура корекційної освіти складається:**
- а) з 3 рівнів;
 - б) з 5 рівнів;
 - в) з 4 рівнів;
 - г) з 2 рівнів.

- 161. Корекційна робота з дітьми дошкільного віку не проводиться у:**
- а) спеціальних дитячих садках;
 - б) центрах соціально-трудової реабілітації;
 - в) спеціальних групах у масових дитячих садках;
 - г) дошкільних групах у спеціальних школах.
- 162. Форми корекційної освіти:**
- а) спеціальна (корекційна) школа;
 - б) реабілітаційні центри;
 - в) інклюзивна школа;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 163. До горизонтальної структури корекційної освіти в Україні не входять:**
- а) спеціальні освітні установи для глухих дітей;
 - б) спеціальні освітні установи для аутичних дітей;
 - в) спеціальні освітні установи для слабозорих дітей;
 - г) спеціальні освітні установи для розумово відсталих дітей.
- 164. Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для глухих дітей мають у своєму складі:**
- а) 1–8 класи;
 - б) 1–12 класи;
 - в) 1–4 класи;
 - г) 1–10 класи.
- 165. Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для слабочуючих і пізнооглухлих дітей мають:**
- а) одне відділення;
 - б) два відділення;
 - в) чотири відділення;
 - г) три відділення.
- 166. Гранічна наповнюваність класів в школах для глухих і слабочуючих дітей:**
- а) 12 осіб;
 - б) 8 осіб;
 - в) 16 осіб;
 - г) 20 осіб.
- 167. У спеціальних загальноосвітніх школах для слабозорих дітей здійснюється:**
- а) психофізичний корекційний розвиток учнів;
 - б) зміцнення та можливе відновлення неповноцінного зору в умовах послабленого режиму;

- в) компенсація наслідків зорових порушень;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 168. Випускники спеціальних загальноосвітніх шкіл для дітей з особливостями інтелектуального розвитку одержують:**
- а) середню освіту;
 - б) неповну середню освіту;
 - в) загальноосвітню підготовку в обсязі початкової масової школи;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 169. У спеціальних загальноосвітніх школах для дітей з особливостями інтелектуального розвитку навчаються діти з:**
- а) важким ступенем зниження інтелекту;
 - б) легким ступенем зниження інтелекту;
 - в) помірним ступенем зниження інтелекту;
 - г) глибоким ступенем зниження інтелекту.
- 170. Після закінчення початкового навчання та в міру корекції дефектів розвитку діти із ЗПР можуть переводитися до:**
- а) реабілітаційних центрів;
 - б) спеціальних загальноосвітніх шкіл для дітей з особливостями інтелектуального розвитку;
 - в) навчання в умовах стаціонарної лікувальної установи;
 - г) масової загальноосвітньої школи.
- 171. У школах для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату здійснюється:**
- а) трудова терапія, яка спрямована на відновлення або компенсацію рухових порушень;
 - б) формування й розвиток словесного мовлення та словесно-логічного мислення, а також розвиток залишкового слуху;
 - в) компенсація наслідків зорових порушень, зміцнення та можливе відновлення неповноцінного зору в умовах послабленого режиму;
 - г) подолання недоліків психофізичного розвитку, які викликали неуспішність у масовій школі.
- 172. Разом з традиційними освітніми установами в даний час створюються нові типи установ:**
- а) школи-профілакторії;
 - б) вечірні школи;
 - в) реабілітаційні центри;
 - г) спеціальні (корекційні) школи.

- 173. Найбільш суттєвим принципом, який є віддзеркаленням закономірностей виховного процесу, виступає:**
- а) принцип зв'язку виховного процесу з життям;
 - б) принцип виховання особистості в колективі й через колектив;
 - в) принцип єдності й цілісності, системності виховного процесу;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 174. Усі питання, пов'язані з особливостями навчання у спеціальних школах, корекційна педагогіка розглядає під кутом зору:**
- а) компенсації;
 - б) реабілітації;
 - в) корекції;
 - г) інтеграції.
- 175. Провідним принципом навчання в спеціальних закладах є:**
- а) принцип науковості й систематичності;
 - б) принцип індивідуального підходу;
 - в) принцип доступності навчання;
 - г) принцип корекційної спрямованості навчання.
- 176. Організацією дитині з порушеннями психофізичного розвитку медичної й педагогічної допомоги, визначенням її до відповідної установи займається:**
- а) психолого-медико-педагогічна консультація;
 - б) медико-педагогічна комісія;
 - в) реабілітаційні центри;
 - г) відповідні лікувальні установи.
- 177. До принципів відбору дітей у спеціальні заклади не належить:**
- а) принцип комплексності;
 - б) принцип гуманістичної спрямованості;
 - в) принцип індивідуального підходу;
 - г) принцип якісного аналізу.
- 178. До складу ПМПК не входить:**
- а) психолог;
 - б) лікар-хірург;
 - в) педагог-дефектолог;
 - г) лікар-психоневролог.

179. До складних і відповідальних завдань, які вирішує ПМПК, входить:

- а) встановлення діагнозу кожній дитині, яка звертається по допомогу;
- б) затвердження шляхів і методів педагогічної дії, які сприятимуть корекції відхилень у розвитку, що властиві дитині;
- в) пошук системи засобів найбільш ефективного медикаментозного лікування, яке необхідне для покращення здоров'я дитини;
- г) усі відповіді є правильними.

180. Серед основних принципів роботи ПМПК не виділяють:

- а) принцип комплексного вивчення, який припускає всебічне обстеження дитини групою кваліфікованих фахівців;
- б) принцип цілісного, системного вивчення кожної дитини;
- в) принцип соціалізації;
- г) принцип індивідуального підходу до дитини.

181. У психолого-педагогічній характеристиці не відображають такі відомості про учня:

- а) соціально-побутові умови в сім'ї;
- б) успішність з кожного предмету окремо;
- в) стан працездатності дитини в класі;
- г) клінічний діагноз.

182. Інклюзивна освіта – це:

- а) система освітніх послуг, що базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання в умовах загальноосвітнього закладу;
- б) розширення участі всіх дітей, зокрема з особливостями психофізичного розвитку, в освітньому процесі;
- в) забезпечення ефективності навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітньому закладі.
- г) усі відповіді є правильними.

183. Ключовий компонент інклюзивної освіти це:

- а) доцільність;
- б) гнучкість;
- в) комплексність;
- г) спритність.

- 184. Переваги інклюзивної освіти полягають у:**
- а) формуванні в дитини з вадами розвитку моделі здорового повноцінного способу життя;
 - б) створення умов для соціальної адаптації та найбільш повного розкриття свого потенціалу в дитини з вадами розвитку;
 - в) можливість усіх дітей жити разом із родиною;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 185. Серед принципів інклюзивної освіти не виділяють такі:**
- а) цінність людини не залежить від її здібностей і досягнень;
 - б) справжня освіта може здійснюватися лише в контексті реальних взаємовідносин;
 - в) принцип свідомості та активності;
 - г) різноманітність посилює всі сторони життя людини.
- 186. Інклюзивна модель освіти передбачає участь в освітньому процесі:**
- а) учителів-предметників;
 - б) учителів підтримки;
 - в) учителів початкової школи;
 - г) учителів-методистів.
- 187. Інклюзивне навчання може здійснюватись за однією з форм:**
- а) повна інтеграція;
 - б) часткова інтеграція;
 - в) комбінована інтеграція;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 188. Умовами ефективного інклюзивного навчання дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку, є:**
- а) раннє виявлення вад розвитку і започаткування корекційної роботи;
 - б) психологічна готовність дитини і її батьків до навчання спільно зі здоровими однолітками;
 - в) відповідна підготовка педагогів загальноосвітніх закладів для здійснення фахового супроводу „інтегрованих” чи „інклюзованих” дітей;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 189. Індивідуальні навчальні плани для учнів, не спроможних опанувати загальноосвітню програму, надаються на підставі:**
- а) рішення педагогічної ради навчального закладу;

- б) висновку ПМПК;
- в) за бажанням батьків дитини;
- г) усі відповіді є правильними.

190. Передовим досвідом реалізації інклюзивної освіти вважається досвід:

- а) країн Південної Америки;
- б) країн Африки;
- в) країн Азії;
- г) країн Європи.

191. Назвіть відомого українського дефектолога, сфера наукових інтересів якого стосується впровадження інклюзивної освіти:

- а) В.О. Липа;
- б) А.А. Колупаєва;
- в) В.М. Синьов;
- г) С.П. Миронова.

192. Перспективними напрямками розвитку інклюзивної освіти в Україні є:

- а) підтвердження права вибору батьками навчального закладу та форми навчання;
- б) більш категоричне визнання права на освіту всіх без винятку дітей;
- в) розроблення індивідуальних програм реабілітації та консультування батьків;
- г) усі відповіді є правильними.

193. Соціальна реабілітація передбачає:

- а) матеріальне забезпечення, правовий захист;
- б) комплекс державних, суспільних заходів щодо повернення хворих та осіб з обмеженими можливостями до активного життя та праці;
- в) відновлення соціальних функцій особистості, забезпечення культурних потреб, відпочинку;
- г) усі відповіді є правильними.

194. Соціальна реабілітація як процес:

- а) стосується рівною мірою як особистості фахівця, який є її організатором, так і особистості дитини;
- б) є динамічною системою, у ході якої здійснюється послідовна реалізація тактичних завдань;

- в) це досягнення її кінцевої мети, коли людина, яка має обмежені можливості здоров'я, вливається в соціально-економічне життя суспільства та не відчуває своєї неповноцінності;
- г) усі відповіді є правильними.

195. До основних напрямів соціально-реабілітаційного процесу не належить:

- а) діяльність з розроблення психолого-педагогічних класифікацій різних категорій дітей з порушеннями в розвитку;
- б) розвивальна й корекційна діяльність;
- в) організаторська діяльність;
- г) соціально-диспетчерська діяльність.

196. Центральною в корекційно-реабілітаційній роботі з дітьми і підлітками з обмеженими можливостями є:

- а) організаторська діяльність;
- б) розвивальна і корекційна діяльність;
- в) діагностика психічного і особистісного розвитку дитини;
- г) соціально-диспетчерська діяльність.

197. До засобів реабілітаційної дії не відносять:

- а) різні види діяльності (ігрова, навчальна, трудова);
- б) різні види спеціальної допомоги (ігротерапія, арттерапія, казкотерапія, куклотерапія);
- в) фізичні вправи;
- г) різні види психологічної допомоги (психологічне консультування, психокорекція і психотерапія).

198. До методів соціальної реабілітації не належать:

- а) методи навчання руховим діям;
- б) методи організації корекційно-реабілітаційного процесу та пізнавальної діяльності дітей;
- в) методи стимулювання мотивації і активності дітей у реабілітаційному процесі;
- г) методи контролю ефективності корекційно-реабілітаційного процесу.

199. У межах соціально-диспетчерського напрямку не передбачається вирішення таких завдань:

- а) визначення характеру проблеми та можливостей її вирішення;
- б) пошук служби або фахівця, здатних надати дитині допомогу;

- в) з'ясування за допомогою психодіагностичних засобів індивідуально-психологічних особливостей особистості;
- г) контроль за організацією допомоги дитині в умовах освітньої установи.

200. До основних принципів соціально-реабілітаційної діяльності належить:

- а) принцип опори на провідну діяльність;
- б) принцип розвитку;
- в) принцип психологічної комфортності;
- г) усі відповіді є правильними.

201. Технології, що застосовуються в соціальній роботі, виступають переважно у формі:

- а) знань (наука);
- б) знань та умінь (навчання);
- в) знань, умінь, досвіду та практики (діяльність);
- г) усі відповіді є правильними.

202. Сфера, у яких відбувається соціалізація особистості:

- а) діяльність;
- б) спілкування;
- в) самосвідомість;
- г) усі відповіді є правильними.

203. Серед стадій соціалізації не виділяють:

- а) стадію індивідуалізації;
- б) стадію стабілізації;
- в) стадію інтеграції;
- г) трудову стадію.

204. Громадянин визнається особою з обмеженими можливостями за наявності:

- а) порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму;
- б) обмеження життєдіяльності;
- в) необхідність здійснення заходів соціального захисту;
- г) усі відповіді є правильними.

205. Наслідком порушень опорно-рухового апарату є:

- а) обмеження здатності до спілкування;
- б) обмеження життєдіяльності у сфері самообслуговування;
- в) обмеження здібності до орієнтації;
- г) обмеження здібності до навчання.

- 206. Головна функція фахівця із соціальної реабілітації щодо всіх соціальних інститутів, які здійснюють реабілітаційні заходи:**
- а) координаційна;
 - б) реабілітаційна;
 - в) розвивальна;
 - г) корекційна.
- 207. Процес соціальної реабілітації з дітьми, які мають порушення опорно-рухового апарату, не повинен передбачати:**
- а) збір інформації про можливо повніший обсяг діагностичних, реабілітаційних, освітніх та інших заходів;
 - б) профілактику соматичних захворювань;
 - в) створення внутрішнього реабілітаційного простору в умовах сім'ї;
 - г) формування зовнішнього реабілітаційного простору.
- 208. Параметрами оцінки обмежень здатності до спілкування в осіб з порушеннями слуху можуть бути:**
- а) здатність говорити;
 - б) здатність слухати;
 - в) здатність до символічної комунікації – невербального спілкування;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 209. Сучасні підходи до реабілітації глухих і слабочуючих не використовують:**
- а) білінгвістичну систему навчання глухих;
 - б) верботональну систему навчання дітей з порушеннями слуху;
 - в) застосування особистого перекладача;
 - г) кохлеарну імплантацію в реабілітації осіб з порушеннями слуху.
- 210. Найважливішим видом обмеження життєдіяльності осіб з порушеннями зору є:**
- а) обмеження здібності до спілкування;
 - б) обмеження життєдіяльності у сфері самообслуговування;
 - в) обмеження здібності до навчання;
 - г) обмеження здібності до орієнтації.
- 211. До завдань соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми, які мають порушення зору не належить:**
- а) інформаційна підтримка батьків;

- б) створення умов для автономної самостійної життєдіяльності дітей на кожному віковому етапі;
 - в) комплексне діагностичне обстеження дитини;
 - г) створення умов для того, щоб усі шкільні заходи були доступні для дитини.
- 212. При психічних захворюваннях і розумовій відсталості страждають усі психічні функції або більшість з них, які викликають:**
- а) обмеження здібності до самообслуговування;
 - б) обмеження здібності до трудової діяльності;
 - в) обмеження здібності контролювати свою поведінку;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 213. До напрямів соціально-педагогічної діяльності із соціального обслуговування дитини з розумовою відсталістю не належить:**
- а) взаємодія з медичними установами та службами;
 - б) корекція порушень рухової сфери;
 - в) участь у складанні індивідуальної програми реабілітації дитини із залученням всіх необхідних соціальних інститутів допомоги;
 - г) допомога в організації незалежного життя в суспільстві.
- 214. Програма соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю не передбачає:**
- а) формування навичок користування тифлозасобами та пристосуваннями;
 - б) формування навичок самообслуговування;
 - в) формування навичок соціально-средовищної реабілітації;
 - г) формування елементів етично-естетичного виховання.
- 215. Показником якості життя осіб із розумовою відсталістю може бути загальноприйнятий у європейських країнах комплекс чинників:**
- а) здоров'я (знання правил здорового способу життя та їх реалізація);
 - б) безпосередня включеність у співтовариство;
 - в) емоційне здоров'я;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 216. У спеціальних установах для дітей з порушеннями психофізичного розвитку навчально-виховну корекційну роботу здійснюють:**
- а) педагоги-реабілітологи;

- б) практичні психологи;
 - в) педагоги-дефектологи;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 217. Найбільш значущими для позитивної або негативної оцінки вчителя в очах дітей, які навчаються в спеціальних школах, є такі якості, як:**
- а) ділові;
 - б) комунікативні;
 - в) авторитарні;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 218. Відмінність педагогів-дефектологів від педагогів масових шкіл полягає у:**
- а) викладанні зменшеного обсягу предметів;
 - б) проведенні спеціальної роботи, спрямованої на максимально можливу корекцію недоліків психофізичного розвитку в дітей з обмеженими можливостями;
 - в) здійсненні більшого обсягу виховної роботи;
 - г) збільшення часу на спілкування з учнями.
- 219. Особливістю роботи педагога-дефектолога є:**
- а) робота з батьками;
 - б) робота з медичними установами;
 - в) робота з вихователями спеціальних шкіл;
 - г) робота з нормативними положеннями.
- 220. Учителю протипоказано бути дефектологом, якщо:**
- а) він володіє цілою низкою особистісних якостей, без яких неможлива успішна робота з дітьми, які мають порушення ПФР;
 - б) він знайомий із сучасною літературою з корекційної педагогіки, вільно володіє різними методами та способами виховання й навчання;
 - в) його дратують діти з відхиленнями в розвитку;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 221. Деонтологія – це:**
- а) галузь психологічної науки, яка вивчає людей, для яких характерне відхилення від нормального психічного розвитку;
 - б) галузь корекційної педагогіки, яка вивчає питання виховання й навчання дітей з порушеннями слуху;
 - в) одна з найдавніших теоретичних і практичних дисциплін, об'єктом вивчення якої є мораль;

- г) розділ етичної теорії, у якому розглядаються проблеми боргу, моральних вимог і нормативів.
- 222. Під „дефектологічною деонтологією” розуміють:**
- а) специфічні, професійні та етичні вимоги, яких необхідно дотримуватись учителю-дефектологу при виконанні службового боргу;
 - б) сукупність етичних норм професійної діяльності фахівців і співробітників, зайнятих у дефектологічних установах;
 - в) професійну етику педагога-дефектолога;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 223. Головна риса етичного боргу вчителя-дефектолога:**
- а) майстерність учителя-дефектолога;
 - б) відповідальність за виховання і навчання учня та турбота про його здоров'я;
 - в) мистецтво розмови вчителя з учнем;
 - г) взаємодія вчителя-дефектолога з родичами учнів.
- 224. Учителю, вихователю вкрай важливо розуміти, що найважчим для людського розуміння є:**
- а) свобода;
 - б) спілкування;
 - в) фізична працездатність;
 - г) сприйняття людини оточенням.
- 225. Здатність педагога-дефектолога до ефективного спілкування визначається за умов:**
- а) високого рівня знання мови, її виразних можливостей, засобів переконання;
 - б) володіння культурою спілкування – етикетної виваженості мовлення;
 - в) уміння застосовувати досвід мовленнєвої діяльності в конкретній сфері спілкування;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 226. Серед основних стилів керівництва вчителем педагогічним процесом психологи не виділяють:**
- а) класичний;
 - б) демократичний;
 - в) авторитарний;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 227. До особистісних якостей вчителя, що забезпечують ефект його емоційно-вольової дії на процес спілкування, входять:**
- а) суггестивні якості;

- б) здібність до емоційного переключення;
 - в) перцептивні якості;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 228. Для оволодіння професіональними навичками кожному педагогу, крім комунікативних, важливо сформувати:**
- а) дослідницькі вміння;
 - б) діагностичні вміння;
 - в) конструктивно-організаторські вміння;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 229. Проективні вміння педагога-дефектолога передбачають:**
- а) підвищення психолого-педагогічних і спеціальних знань, роботу із загальною та спеціальною літературою;
 - б) об'єднання та узгодження змісту і спрямованості педагогічних дій на учнів, які здійснюються в системі громадського та сімейного виховання;
 - в) уміння планувати навчально-виховний процес, підсилюючи його розвивальну спрямованість;
 - г) педагогічне вивчення особистості та пізнавальної діяльності учнів, дитячого колективу; встановлення відповідності знань, умінь, навичок вимогам програми.
- 230. До критеріїв здібностей вчителів до інноваційної діяльності належить:**
- а) мотиваційно-творча спрямованість особистості;
 - б) ерудиція;
 - в) креативність;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 231. Перспективними напрямками розвитку корекційної освіти в Україні є такі:**
- а) розроблення новітніх інноваційних технологій навчання і виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку;
 - б) створення в Україні законодавчої бази для забезпечення освітніх потреб осіб, можливості яких отримати освіту обмежені їх недоліками, станом здоров'я або конкретними соціальними умовами;
 - в) розроблення сучасних технічних засобів корекції;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 232. До кваліфікаційної характеристики вчителя-дефектолога включені:**
- а) 3 категорії;
 - б) 2 категорії;

- в) 5 категорій;
 - г) 4 категорії.
- 233. До кваліфікаційної характеристики вчителя-дефектолога не входить така категорія:**
- а) вища категорія;
 - б) I категорія;
 - в) бакалавр;
 - г) спеціаліст.
- 234. У змісті фахової діяльності корекційного педагога розрізняють такі види:**
- а) навчальну роботу;
 - б) методичну роботу;
 - в) роботу з батьками вихованців;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 235. Діяльність корекційного педагога реалізується через здійснення таких функцій:**
- а) діагностичної;
 - б) конструктивно-проектувальної;
 - в) корекційної;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 236. Серед схем реагування батьків на появу дитини, що має той або інший дефект, відсутня така:**
- а) прийняття дитини та її дефекту;
 - б) приховане зречення;
 - в) реакція заперечення;
 - г) спостереження та догляд.
- 237. За типом внутрісімейних відносин і стилем сімейного виховання розрізняють:**
- а) дві групи сімей;
 - б) чотири групи сімей;
 - в) три групи сімей;
 - г) п'ять груп сімей.
- 238. Серед груп сімей за типом внутрісімейних відносин і стилем сімейного виховання не виділяють такі:**
- а) сім'ї, які характеризуються стилем співпраці;
 - б) сім'ї, які характеризуються стилем холодного спілкування;
 - в) сім'ї, які мають невизначений стиль сімейного спілкування;
 - г) батьки з вираженим розширенням сфери батьківських відчуттів.

- 239. Серед схем поведінки батьків на появу дитини, яка має той або інший дефект, виділяють:**
- а) прийняття дитини та її дефекту;
 - б) реакцію заперечення;
 - в) реакцію надмірного захисту, опіки;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 240. До методів і методичних прийомів, які батьки зможуть застосовувати в процесі виховання своєї дитини, належать:**
- а) метод моделювання різних побутових ситуацій;
 - б) творчі завдання, доступні для дитини;
 - в) тісна співпраця фахівців і сім'ї;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 241. Серед головних вимог до роботи батьків з дітьми для досягнення ними життєвих цілей виділяють:**
- а) навчити спілкуватися;
 - б) визначити життєві цінності;
 - в) навчити жити без залежності від здорових (по можливості);
 - г) усі відповіді є правильними.
- 242. Серед основних завдань корекційної педагогічної роботи в родині не виділяють:**
- а) оптимізацію подружніх і внутрішньосімейних взаємовідносин;
 - б) вирішення побутових проблем;
 - в) корекцію неадекватних поведінкових і емоційних реакцій батьків дітей з особливими потребами;
 - г) особистісне зростання кожного з членів родини дитини з особливими потребами під час корекційних занять.
- 243. На перше місце серед економічних, соціальних, психолого-педагогічних, медичних, етичних проблем сімей, що мають дітей з інвалідністю, висувається:**
- а) проблеми навчання і реабілітації дитини засобами освіти;
 - б) сімейне становище;
 - в) матеріальне становище;
 - г) отримання повноцінної медичної допомоги і соціально-побутового обслуговування.
- 244. Соціальне обслуговування сімей, що мають дітей з обмеженими можливостями, здійснюється в таких формах:**
- а) надання матеріальної допомоги у вигляді грошових коштів;
 - б) соціальне обслуговування вдома шляхом надання різних послуг;

- в) надання тимчасового притулку в спеціалізованих установах для дітей з обмеженими можливостями;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 245. Серед етапів організації процесу соціальної реабілітації в сім'ї не виділяють:**
- а) діагностику мікросоціуму і виховного потенціалу сім'ї;
 - б) початковий етап;
 - в) організаційний етап;
 - г) комунікативний етап.
- 246. Основними критеріями ефективності корекційно-реабілітаційної роботи на комунікативному етапі можна вважати:**
- а) стійкість психоемоційного стану дитини і батьків;
 - б) рівень сформованості спільної діяльності;
 - в) рівень розвитку навичок спілкування;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 247. Одним із дієвих способів надання допомоги сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями, є:**
- а) батьківський гурток;
 - б) спілка батьків;
 - в) батьківський клуб;
 - г) батьківські збори.
- 248. Модель діяльності батьківського клубу передбачає роботу за таким основним напрямом:**
- а) освітній;
 - б) психотерапевтичний;
 - в) соціально-тренінговий;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 249. Однією з головних особливостей професійної діяльності корекційного педагога в роботі з сім'ями є:**
- а) робота з дітьми;
 - б) робота з батьками;
 - в) робота з особами, які беруть активну участь у житті дитини;
 - г) усі відповіді є правильними.
- 250. У батьківському клубі використовуються такі форми роботи:**
- а) освітні семінари;
 - б) психологічні тренінги;
 - в) прес-клуби та тематичні круглі столи;
 - г) усі відповіді є правильними.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК

ОСНОВНА ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1994. – 375 с.
2. Бондар В. І. Історія олігофренопедагогіки : підручник / В. І. Бондар, В. В. Золотоверх. – К. : Знання, 2007. – 375 с.
3. Боскис Р. М. Учителю о детях с нарушениями слуха : книга для учителя / Р. М. Боскис. – 2-е изд., испр. – М. : Просвещение, 1988. – 125 с.
4. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1973. – 175 с.
5. Дети с задержкой психического развития / под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Ципиной. – М., 1984. – 155 с.
6. Діти з затримкою психічного розвитку та їх навчання : навчальний посібник для педагогів і шкільних психологів / Т. Д. Ляшенко, Н. А. Бастун, Т. В. Сак. – К. : ІЗМН, 1997. – 128 с.
7. Дьячков А. И. Основы обучения и воспитания аномальных детей / под общ. ред. А. И. Дьячкова. – М. : Просвещение, 1965. – 343 с.
8. Ерёменко И. Г. Олигофренопедагогика / И. Г. Ерёменко. – К. : Вища школа, 1985. – 247 с.
9. Ермаков В. П. Основы тифлопедагогтики. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения : учебник для вузов / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М. : Владос, 2000. – 200 с.
10. Катаева А. А. Дошкольная олигофренопедагогика / А. А. Катаева, Е. А. Стебелева. – М., 1998. – 285 с.
11. Колупаєва А. А. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посіб. / А. А. Колупаєва, Л. О. Савчук. – К. : Наук. світ, 2010. – 196 с.
12. Коррекционная педагогика : учебн. пособие / под ред. Б. П. Пузанова. – М., 1998. – 378 с.
13. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.
14. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / В. А. Липа. – Донецк : Лебідь, 2002. – 327 с.
15. Логопедия : учебн. для студ. деф. фак. пед. вузов / под. ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М. : Владос, 1998. – 680 с.
16. Миронова С. П. Підготовка вчителів до корекційної роботи в системі освіти дітей з вадами інтелекту : монографія / С. П. Миронова. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2007. – 304 с.
17. Миронова С. П. Олігофренопедагогіка. Компактний навчальний курс : навчальний посібник / С. П. Миронова. – Кам'янець-Подільський : К-ПНУ ім. І. Огієнка, 2008. – 204 с.

18. Нейман Л. В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи : учебник для студентов высших учебных заведений / Л. В. Нейман, М. Р. Богомильский; под ред. В. И. Селивёрстова. – М. : Владос, 2001. – 224 с.
19. Основы корекційної педагогіки : навчальний посібник / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвеева; за заг. ред. С. П. Миронової. – Кам'янець-Подільський : К-ПНУ ім. І. Огієнка, 2010. – 264 с.
20. Основы логопедии : учебн. пос. для студ. пед. инст. / под ред. Т. Б. Филичевой, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.
21. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Флинта, 2000. – 104 с.
22. Підготовка до школи дітей з особливими потребами в умовах сім'ї : поради батькам / В. І. Бондар та ін.; за ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. – К. : Наук, світ, 2005. – 256 с.
23. Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. – К. – 2008. – 24 с.
24. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посібник для студ. пед. ін-тів / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 143 с.
25. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник / В. М. Синьов. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2007. – Частина І. – 238с.
26. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка / В. М. Синьов. – К. : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2009. – Частина 2. – 224 с.
27. Синьова Є. П. Тифлопсихологія : підручник / Є. П. Синьова. – К. : Знання, 2008. – 365 с.
28. Спеціальна педагогіка : Понятійно-термінологічний словник / за ред. академіка В. І. Бондаря. – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 436 с.
29. Специальная педагогика : учебное пособие / под ред. Н. М. Назаровой. – М. : Академия, 2000. – 400 с.
30. Сурдопедагогика : учебн. пособие для студ. дефектол. фак. пед. ин-тов /Л. В. Андреева, К. А. Волков, Т. А. Григорьева и др.; под ред. М. И. Никитиной. – М. : Просвещение, 1989. – 384 с.
31. Сурдопедагогика : учеб. для студ. высш. пед. заведений / под ред. Е. Г. Речицкой. – М. :ВЛАДОС, 2004. – 655 с.
32. Український дефектологічний словник / Л. В. Вавіна, А. М. Висоцька, В. В. Засенко та ін.; за ред. В. І. Бондаря. – К. : Милосердя України, 2001. – 211 с.

33. Хрестоматія з сурдопедагогіки / За ред. Л. І. Фомічової – К., 2003. – 262 с.
34. Шеремет М. К. Логопедія : підручник / М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста / за ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2010. – 376 с.
35. Шипицына Л. М. „Необучаемый” ребёнок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта / Л. М. Шипицына. – СПб. : Дидактика плюс, 2002. – 496 с.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : учебн. пособие для студ. высш. учебн. заведений / Л. И. Акатов. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
2. Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании : учебн. пособие для студ. сред. пед. учебн. заведений / Л. И. Аксенова. – М. : Академия, 2001. – 192 с.
3. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития / под ред. К. С. Лебединской. – М., 1982. – 187 с.
4. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – К., 1988. – 177 с.
5. Бадалян Л. О. Невропатология / Л. О. Бадалян. – М. : Академия, 2000. – 325 с.
6. Блюмина М. Г. Распространённость, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов / М. Г. Блюмина // Дефектология. – 1989. – № 3. – С. 3–10.
7. Бондар В. І. Стан спеціальної освіти та динаміка її змін / В. І. Бондар / Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство : науково-методичний збірник / ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. – К. : Контекст, 2000. – С. 336.
8. Вавіна Л. С. Розвиваємо у дитини вміння бачити : від народження до 6 років: поради батькам / Л. С. Вавіна, В. М. Ремажевська. – К. : Літера ЛТД, 2008. – 128 с.
9. Власенко И. Т. Методы обследования речи у детей / И. Т. Власенко, Г. В. Чиркина. – М., 1996. – 182 с.
10. Власова Т. А. Учителю о детях с нарушениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М., 1967. – 155 с.
11. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования / Л. С. Выготский. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1956. – 139 с.
12. Выготский Л. С. Собр. соч.: в 6 т. / Л. С. Выготский– М. : Педагогика, 1983. – Т. 4 : Детская психология. – 432 с.
13. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева; под ред. В. А. Сластенина. – М. : Издательский центр „Академия”, 1999. – 280 с.
14. Гончарова Е. Л. Формирование базовых компонентов читательской деятельности у детей с глубокими нарушениями зрения и слуха Е. Л. Гончарова // Дефектология. – 1995. – № 4. – С. 12–15.
15. Дементьева Н. Ф. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан / Н. Ф. Дементьева, З. В. Устинова. – М., 1991. – 158 с.

16. Демирчоглян Г. Г. Как сохранить и улучшить зрение / Г. Г. Демирчоглян. – Донецк, 1997. – 187 с.
17. Дети с ограниченными возможностями : проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия / сост. Н. Д. Соколова – М., 2001. – 427 с.
18. Дефектологический словарь / под редакцией Ю. А. Кулагина, А. И. Дьячкова и др. – М. : Педагогика, 1970. – 504 с.
19. Діти з особливими потребами у загальноосвітньому просторі : початкова ланка / за ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. – К., 2004. – 152 с.
20. Дробинская А. О. Школьные трудности „нестандартных детей” / А. О. Дробинская. – М. : Школа-Пресс, 1999. – 144 с.
21. Закон України „Про загальну середню освіту” // Відомості Верховної Ради. – 1999. – № 28. – С. 230–235.
22. Закон України „Про реабілітацію інвалідів в Україні” // Відомості Верховної Ради. – 2006. – № 2–3. – С. 36–42.
23. Засенко В. В. До концепції стандартів освіти осіб з вадами слуху / В. В. Засенко // Дефектологія. – 2000. – № 4. – С. 2–4.
24. Земцова М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения / М. И. Земцова. – М., 1973. – 157 с.
25. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Как помочь „особому” ребёнку : книга для педагогов и родителей / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л. А. Нисневич. – СПб. : Институт специальной педагогики и психологи, 1998. – 96 с.
26. Егоров Т. Г. Психология овладения навыками чтения / Т. Г. Егоров. – М., 1998. – 175 с.
27. Игнатъева С. А., Блинков Ю.А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии : учебн. пос. для студ высш учебн. завед. / С. А. Игнатъева, Ю. А. Блинков – М. : Владос, 2004. – 304 с.
28. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральными параличами в семье / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова. – М., 1993. – 128 с.
29. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д. Н. Исаев. – СПб., 2003. – 342 с.
30. Кваліфікаційні характеристики вчителя, вихователя школи-інтернату, вчителя-дефектолога / С. І. Болтівець, В. І. Луговий, А. С. Міненко, О. О. Нікітенко. – К., 1994. – 28 с.
31. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади : монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Педагогічна думка, 2007 р. – 458 с.
32. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта : реалії та перспективи: монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Самміт-Книга, 2009. – 272 с.

33. Концепція розвитку інклюзивної освіти: Наказ Міністерства освіти і науки України від 01.10.2010 № 912 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.mon.gov.ua, 2010.
34. Кузьмина В. К. Дети с расстройствами поведения / В. К. Кузьмина. – К. : Радянська школа, 1981. – 148 с.
35. Лалаева Р. И. Нарушение процесса овладения чтением у детей / Р. И. Лалаева. – М., 1983. – 155 с.
36. Лебединський В. В. Нарушения психического развития у детей / В. В. Лебединський. – М., 1985. – 257 с.
37. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А. Г. Литвак. – СПб., 1998. – 217 с.
38. Лянной Ю. О. Інвалідний спорт : навчально-методичний посібник для студентів / Ю. О. Лянной. – Суми : СумДПУ, 2000. – 208 с.
39. Лянной Ю. О. Основы физической реабилитации. Курс лекцій / Ю. О. Лянной. – Сумы : Редакционно-издательский отдел СумГПУ им. А.С.Макаренко, 2004. – 472 с.
40. Максимова Н. Ю. Основы детской патопсихологии / Н. Ю. Максимова, Е. Л. Милютина. – К., 1999. – 152 с.
41. Мастюкова Е. М. Двигательные нарушения в структуре аномального развития / Е. М. Мастюкова // Дефектология. – 1987. – № 3. – С. 27–35.
42. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова. – М., 1991. – 158 с.
43. Мастюкова Е. М. Ребёнок с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1992. – 95 с.
44. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина / под ред. В. И. Селиверстова. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
45. Мещеряков А. И. Слепоглухонемые дети / А. И. Мещеряков – М., 1974. – 327 с.
46. Обучение детей с ЗПР : пособие для учителя / под ред. В. И. Лубовского. – Смоленск, 1994. – 228 с.
47. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика) / под ред. Б. П. Пузанова. – М., 2001. – 287 с.
48. Обучение детей с проблемами развития в разных странах мира : Хрестоматия / сост. Л. М.Шипицына. – СПб., 1997. – 256 с.
49. Овчарова Р. В. Справочная книга социального педагога / Р. В. Овчарова. – М. : Пед. пресса, 2002. – 183 с.
50. Основы спеціальної дидактики / за ред доктора пед. наук, професора І. Г. Єременка. – 2-ге вид. – К. : Рад. школа, 1986 – 200 с.
51. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р. Е. Левиной. – М. : Просвещение, 1968. – 357 с.

52. Особенности психофизического развития специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / под ред. Т. А. Власовой. – М., 1985. – 182 с.
53. Петрова В. Г. Психология умственно отсталых школьников / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Изд. центр „Академия”, 2002. – 160 с.
54. Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації // Інформаційний вісник. – 2004 – № 7. – С. 28–36.
55. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. проф. В. И. Селиверстова. – М. : Владос, 1997. – 285 с.
56. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребёнка : пособие для учителя дефектолога / под ред. Л. М. Шипицыной. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 528 с.
57. Рау Е. Ф. Логопедия / Е. Ф. Рау, В. А. Синяк. – М., 1968. – 228 с.
58. Родименко І. М. Обласний психолого-медико-педагогічний центр: наук.-метод. посібн. / І. М. Родименко. – К. : Генеза, 2005. – 192 с.
59. Савчук Л. Проблеми родинного виховання дітей з особливими освітніми потребами [Електронний ресурс] / Л. Савчук. – Режим доступу: www.teacher.at.ua, 2011.
60. Сак Т. Індивідуальний навчальний план учня з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі / Т. Сак, Р. Процюк // Дефектологія. – 2010. – № 3. – С. 12–16.
61. Сатир В. Вы и ваша семья. Руководство по личностному росту / В. Сатир. – М., 2000. – 320 с.
62. Свердлов А. З. Развитие духовного мира незлышащих инвалидов в процессе социально-культурной деятельности: Право на здоровье: тезисы докл. V Междунар. конф. „Ребёнок в современном мире: права ребёнка” / А. З. Свердлов. – СПб., 1998. – С. 27–30.
63. Синьов В. М. До побудови загальної теорії корекційної педагогіки : визначення предмету науки / В. М. Синьов // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. – К. : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2004. – № 1. – С. 3–22.
64. Скороходова О. И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир / О. И. Скороходова. – М., 1972. – 448 с.
65. Соколянский И. А. Обучение слепоглухонемых детей / И. А. Соколянский // Дефектология. – 1989. – № 2. – С. 17–20.
66. Солнцева Л. И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста / Л. И. Солнцева. – М., 1980. – 187 с.
67. Соціальна реабілітація осіб з обмеженими можливостями / за заг. ред. С. В. Толстоухової. – К. : УДЦССМ, 2000. – 172 с.

68. Соціальна робота з дітьми та молоддю : проблеми, пошуки, перспективи / за заг. ред. І. М. Пінчук, С. В. Толстоухової. – К. : УДЦССМ, 2000 р. Випуск 1. – 276 с.
69. Социальная работа с семьёй ребёнка с ограниченными возможностями / под ред. Н. Ф. Дементьевой. – М.: Академкнига, 1996. – 185 с.
70. Специальная педагогіка / под ред. Н. М. Назаровой. – М., 2003. – 352 с.
71. Стадненко Н. М. Нариси з олігофренопсихології / Н. М. Стадненко, М. П. Матвеева. – Кам'янець-Подільський, 2002. – 200 с.
72. Стернина Э. М. Теория и методика воспитания слепых и слабовидящих детей : учебное пособие / Э. М. Стернина. – Л., 1980. – 250 с.
73. Теория социальной работы / под ред. Е. И. Холостовой. – М., 1977. – 325 с.
74. Технології соціально-педагогічної роботи : навчальний посібник / за заг. ред. проф. А. Й. Капської. – К., 2000. – 372 с.
75. Усанова О. Н. Дети с проблемами психического развития / О. Н. Усанова. – М., 1995. – 247 с.
76. Физическая реабилитация : учебник для академий и институтов физической культуры / под ред. С. Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 608 с.
77. Холостова Е. И. Социальная реабилитация : учебное пособие. – 2-е изд. / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – М. : Дашков и К, 2003. – 340 с.
78. Частные методики адаптивной физической культуры: учебное пособие / под ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2004. – 464 с.
79. Шефер Ч., Кэри Л. Игровая семейная психотерапія / Ч. Шефер, Л. Кэри. – СПб., 2000. – 384 с.
80. Шульженко Д. І. Корекційна робота психопедагога з батьками аутичних дітей [Електронний ресурс] / Д.І. Шульженко – Режим доступу: www.shodinki.com, 2009.
81. Янаданова Т. І. Психологічний аналіз самооцінки вчителя-дефектолога / Т. І. Янаданова // Дефектологія. – 2001. – № 2. – С. 37–43.

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

А

Абілітація 25
Аграфія 181
Агресивність 202
Алалія 180
Алексія 181
Амбліопія 104
Аномалія 54
Аномалія розвитку 54
Аномальні діти 54
Астенічний синдром 202
Астигматизм 104
Атонічно-астатична форма дитячого церебрального паралічу 165
Атрезія зовнішнього слухового проходу 87
Аутизм 187
Афазія 180
Афонія 179

Б

Бінокулярний зір 92
Біологічні чинники 67
Брадилалія 179

В

Важкі порушення мовлення 231
Важкий ступінь розумової відсталості 118
Види патології опорно-рухового апарату 158
Види розумової відсталості 117
Викривлений розвиток 61
Вираженість дефекту 68
Виховання дітей з обмеженими можливостями 22
Внутрішньоутробні порушення 57
Вроджені порушення 57
Вроджені порушення зорового аналізатора 105
Вроджені порушення слуху 86
Вторинні порушення 64
Вчитель підтримки 29

Г

Галузі корекційної педагогіки 17
Гебоїдний синдром 201

Геміпаретична форма дитячого церебрального паралічу 165
Гіпердинамічний синдром 200
Гіперкінези 160
Гіперкінетична форма дитячого церебрального паралічу 164
Глаукома 105
Глибокий ступінь розумової відсталості 117
Глухі діти 62, 76, 79, 80
Гострота зору 93

Д

Далекозорість 103
Двобічна геміплегія 164
Дебільність 119
Девіантна поведінка 222
Деменція 62, 110, 129
Деонтологія 303
Дефект 56
Дефектологія 13
Дефектологічна деонтологія 304
Дефіцитарний розвиток 59, 61
Діти з важкими порушеннями мовлення 63
Діти з викривленим розвитком 63
Діти із затримкою психічного розвитку 62
Діти зі змішаним (складним) дефектом 63
Діти з мовленнєвими порушеннями 175
Діти з порушеннями зору 62
Діти з порушеннями опорно-рухового апарату 63
Діти з порушеннями (вадами) психофізичного розвитку 29
Діти з порушеннями слуху 62
Дизартрія 179
Дизонтогенез 54
Дисгармонійний розвиток 61
Дисграфія 181
Дислалія 179
Дислексія 180
Дисфонія 179

Дитячий церебральний параліч 159, 161, 163, 165

З

Загальне стійке недорозвинення 61
Загальний недорозвиток мовлення 181
Загальнометодичні принципи 32
Заїкання 179
Затримка психічного розвитку 140
Затриманий розвиток 61
Захворювання барабанної перетинки 88
Захворювання внутрішнього вуха 89
Захворювання зовнішнього вуха 87
Захворювання середнього вуха 88
Зір 90
Затримка психічного розвитку конституційного походження 144
Затримка психічного розвитку психогенного походження 146
Затримка психічного розвитку соматогенного походження 145
Затримка психічного розвитку церебрально-органічного походження 146

І

Ідіотія 117
Імбецильність 117
Інвалід 55
Інвалідність 55
Індивідуальний навчальний план 259
Інклюзія 254
Інклюзивне навчання 254
Інклюзивна освіта 28, 254
Інклюзивна школа 260
Інтеграція 255
Інтегративне навчання 28
Інфантилізм 202

К

Катар середнього вуха 88
Катаракта 105
Категорії порушень психофізичного розвитку у дітей 59–63
Класифікація порушень слухової функції 81

Класифікація розумової відсталості 114–116

Клініко-педагогічна класифікація порушень мовлення 178

Кольоровий зір 93

Компенсація 23

Конституційна психопатія 197

Консультування 282

Конфліктні переживання 196

Корекція 23

Корекційна освіта 21

Корекційна педагогіка 13

Корекційна психопедагогіка 18

Корекційна робота 23, 242

Корекційна спрямованість 242

Короткозорість 103

Косоокість 103

Л

Лабіринтит 89

Легкий ступінь розумової відсталості 119

Логопедія 18

Логопедагогіка 18, 176

Логоневроз 182

М

Мейнстрімінг 255

Майстерність вчителя-дефектолога 299

Менінгоенцефаліт 58

Мовлення 175

Н

Набуті зорові аномалії 107

Набуті порушення 57

Набуті порушення слуху 86

Навчання та розвиток дітей з обмеженими можливостями 22

Неврит слухового нерву 87

Невротичний синдром 200

Несформованість засобів спілкування 202

Ністагм 104

О

Олігофренопедагогіка 18

Олігофренія 62, 110, 123, 124, 126, 128, 129

Органічна психопатія 197

Ортопедагогіка 18
Освіта 21
Особа з обмеженими можливостями
в стані здоров'я 29
Отит 88
Отосклероз 88

П

Параліч 169
Патологія захоплень 198
Педагог-дефектолог 297
Педагогічна занедбаність 140
Педагогічні здібності 308
Первинний дефект 64
Периферійний зір 92
Пізнооглухлі діти 77, 79, 80
Післяпологові набуті аномалії
розвитку 58
Повітряна контузія 90
Поліомієліт 158
Помірний ступінь розумової
відсталості 118
Порушений розвиток 55
Порушення емоційно-вольової
сфери 187
Порушення мовлення 179
Порушення опорно-рухового апарату
158
Порушення слуху 85
Порушення функцій 55
Порушення функції зорового
аналізатора 93
Принципи відбору 246
Причини порушень психофізичного
розвитку 57, 58
Прогресуючі порушення зору 107
Психічна декомпенсація
невротичного типу 197
Психічна декомпенсація психопато-
подібного типу 197
Психічний недолік 55
Психози 201
Психолого-педагогічна класифікація
порушень мовлення 181
Психолого-медико-педагогічна
консультація 247
Психоорганічний синдром 201

Психопатія 197

Р

Ранній дитячий аутизм 188, 189, 190
Реабілітація 24
Реабілітаційний центр 235
Реактивні стани 195
Ретролентальна фіброплазія 105
Ринолалія 179
Розлади уваги 203
Розумова відсталість 62, 110
Рухова розгальмованість 203

С

Світловідчуття 93
Сімейне виховання 28
Синдром Дауна 111
Синдром дефіциту уваги з
гіперактивністю 203
Синдром дисморфобії 201
Синдром патологічного
фантазування 201
Система корекційної освіти 222
Синдром страхів 201
Складна структура аномального
розвитку 64
Склад ПМПК 248
Складне порушення 208
Складний дефект 210
Слабочуючі діти 62, 77, 79, 80
Слабозорі діти 62, 96
Сліпі діти 62, 94
Сліпота 94
Слух 76
Соціальна адаптація 25
Соціальна інтеграція 28
Соціально-педагогічна занедбаність
59
Соціальні принципи 30
Соціальна реабілітація 27, 278
Соціально-реабілітаційна діяльність
27
Соціальні чинники 68
Спастична диплегія 164
Спеціальна освіта 21
Спеціальна психологія 14
Спеціально-методичні принципи 36
Спеціальний освітній заклад 222

Ступені зниження інтелекту 113

Сурдопедагогіка 17

Т

Тахилалія 179

Типи затримки психічного розвитку
144

Типи спеціальних освітніх закладів
226–235

Тифлопедагогіка 17

Тугоухість 77

У

Умови інклюзивного навчання 259

Уникнення діяльності 202

Уповільнений темп діяльності 203

Ушкоджений розвиток 61

Ф

Фізичний недолік 55

Фонетико-фонематичне
недорозвинення мовлення 181

Форми дитячого церебрального
паралічу 164

Форми інклюзивного навчання 258

Формування 23

Функціональні порушення слуху 90

Х

Характер дефекту 67

Хронічна неуспішність 202

Ч

Час придбання дефекту 68

Ш

Шизоїдність 202

Шумові ураження 90

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

А

Акатов Л.І. 278

Б

Белякова І.В. 122, 151

Біне А. 113

Белецька В.І. 91

Блюміна М.Г. 113

Бондар В.І. 45

Боскис Р.М. 78

В

Виготський Л.С. 11, 19, 22, 63, 64, 65, 95, 241, 283

Власова Т.А. 60, 142, 153

Г

Гаврилов О.В. 14, 21, 23, 29, 250

Гнеушева А.Н. 91

Гончарова Є.Л. 216

Гонєєв О.Д. 316

Д

Демірчоглян Г.Г. 91

Дробинська А.О. 193

Дьячков А.І. 25

З

Земцова М.І. 99

Зінкевич-Євстигнєєва Т.Д. 323

Золотоверх В.В. 45

І

Ісаєв Д.М. 118, 128, 168

К

Коберник Г.М. 110, 133, 195, 197, 211

Ковальов В.В. 144

Колупаєва А.А. 254, 255, 260, 263, 271, 272

Кукушкіна О.І. 14

Л

Ладиженська Т.А. 309

Лапшин В.А. 22, 60, 62, 63, 65, 71

Лебединський В.В. 60, 61, 112

Лебединська К.С. 142, 144, 153

Липа В.А. 13, 21, 42, 114, 210

Литвак А.Г. 100, 101

Лубовський В.І. 142, 153

Лурьє Н.Б. 118

Лянной Ю.О. 159

М

Мастюкова Є.М. 72, 159, 168, 189, 193

Матвєєва М.П. 14, 21, 23, 29, 250

Мещеряков А.І. 213, 215

Миронова С.П. 14, 21, 23, 29, 250, 316, 318

Московкіна А.Г. 189, 193

Н

Назарова Н.М. 188

Нейман Л.В. 81

Нікуліна Г.В. 102

Нісневіч Л.А. 323

О

Озерецький Н.І. 143

П

Певзнер М.С. 60, 117, 123, 142, 143, 144, 153

Перслені Л.І. 148

Петрова В.Г. 110, 122, 151

Пономарьов З.А. 25

Пузанов Б.П. 22, 60, 62, 63, 65, 71

Р

Речицька Є.Г. 86, 309

Розанова Т.В. 213

С

Савчук Л.О. 254, 255, 260, 272, 326

Самсонов Ф.А. 113, 117

Свердлов А.З. 25

Семенова К.А. 164

Сімон Т. 113

Сікорський О.І. 46

Синьов В.М. 14, 15, 16, 17, 24, 110, 133, 195, 197, 211

Соколянський І.А. 209

Солнцева Л.І. 95, 99, 102

Сухарева Г.Є. 143

Сухомлинський В.О. 299

У

Усанова О.Н. 60, 61

Х

Хватцев М.С. 176

Ш

Шапкова Л.В. 132

Шипіцина Л.М. 323

Шульженко Д.І. 327

Навчальне видання

Колишкін Олександр Володимирович

Вступ до спеціальності „Корекційна освіта”

Навчальний посібник

Друкується в авторській редакції

Головний редактор В.І. Кочубей
Дизайн обкладинки В.Б. Гайдабрус
Технолог Є.В. Грищенко
Комп'ютерний набір та верстка О.В. Колишкін

Підписано до друку 10.07.2012

Формат 60x84 ¹/₁₆. Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman.

Друк офсетний. Ум. друк. арк. 22,8. Обл.-вид. арк. 22,1.

Тираж 500 пр. Замовлення № 24

Відділ реалізації

Тел./факс: (0542) 65-75-85, 78-83-57

E-mail: info@book.sumy.ua

ТОВ “ВТД “Університетська книга”

40009, м. Суми, вул. Комсомольська, 27

E-mail: publish@book.sumy.ua

www.book.sumy.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 489 від 18.06.2001

Віддруковано на обладнанні ВТД «Університетська книга»

вул. Комсомольська, 27, м. Суми, 40009, Україна

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 489 від 18.06.2001